

参考資料

「医師の働き方改革の推進に関する検討会」について

◆ 医師に対しては、2024年4月から時間外労働の上限規制が適用される。その規制の具体的内容等について検討してきた「医師の働き方改革に関する検討会」において、労働基準法体系において定める上限規制と医事法制・医療政策における対応を組み合わせ、医師の診療業務の特殊性を踏まえた働き方改革を推進していくことを内容とする報告書がとりまとめられた。

◆ これを受け、当該報告書において引き続き検討することとされた事項について、有識者の参集を得て具体的検討を行う。

構成員

(計16名) (※五十音順)

家保 英隆	高知県健康政策部副部長
今村 聡	公益社団法人日本医師会女性医師支援センター長
◎ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
岡留 健一郎	福岡県済生会福岡総合病院名誉院長
片岡 仁美	岡山大学病院ダイバーシティ推進センター教授
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
島崎 謙治	国際医療福祉大学大学院教授
島田 陽一	早稲田大学法学部教授
鈴木 幸雄	横浜市立大学産婦人科助教
堤 明純	北里大学医学部教授
仁平 章	日本労働組合総連合会総合政策推進局長
(※令和2年3月に、村上 陽子 日本労働組合総連合会総合労働局長と交代)	
馬場 武彦	社会医療法人ペガサス理事長
水島 郁子	大阪大学大学院高等司法研究科教授
森 正樹	日本医学会副会長(九州大学大学院消化器・総合外科教授)
森本 正宏	全日本自治団体労働組合総合労働局長
山本 修一	千葉大学副学長・千葉大学大学院医学研究院眼科学教授

◎: 座長

本検討会の検討事項

- (1) 医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項
 - ・ 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の対象医療機関の特定にかかる枠組み
 - ・ 追加的健康確保措置の義務化及び履行確保にかかる枠組み
 - ・ 医師労働時間短縮計画、評価機能にかかる枠組み 等
- (2) 医師の時間外労働の実態把握
- (3) その他

検討のスケジュール

- ◆ 第1回(令和元年7月5日) 医事法制・医療政策における措置を要する事項等について
- ◆ 第2回(令和元年9月2日) 追加的健康確保措置の履行確保の枠組み・医師労働時間短縮計画及び評価機能のあり方について
- ◆ 第3回(令和元年10月2日) 地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の指定の枠組みについて
- ◆ 第4回(令和元年11月6日) 評価機能について
- ◆ 第5回(令和元年12月2日) 評価機能について
- ◆ 第6回(令和元年12月26日) これまでの議論のまとめについて
- ◆ 第7回(令和2年3月11日) 医師の働き方改革について
- ◆ 第8回(令和2年8月28日) 医師労働時間短縮計画策定ガイドライン、医師の実態調査及び地域医療への影響調査について 等
- ◆ 第9回(令和2年9月30日) 副業・兼業を行う医師の地域医療確保暫定特例水準適用、医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について 等
- ◆ 第10回(令和2年11月18日) これまでの議論のまとめについて
- ◆ 第11回(令和2年12月14日) 中間とりまとめ(案)について

医師の時間外労働規制について

一般則

2024年4月～

将来
(暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

- (例外)
- ・ 年720時間
 - ・ 複数月平均80時間 (休日労働含む)
 - ・ 月100時間未満 (休日労働含む)
- 年間6か月まで

年1,860時間／
月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

将来に向けて
縮減方向

連携B
例水準
(医療機関を指定)

B
地域医療確保暫定特

C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2

C-1 : 臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C-2 : 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

年960時間／
月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A : 診療従事勤務
医に2024年度以降
適用される水準

年960時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

(原則)
1か月45時間
1年360時間

※この(原則)については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

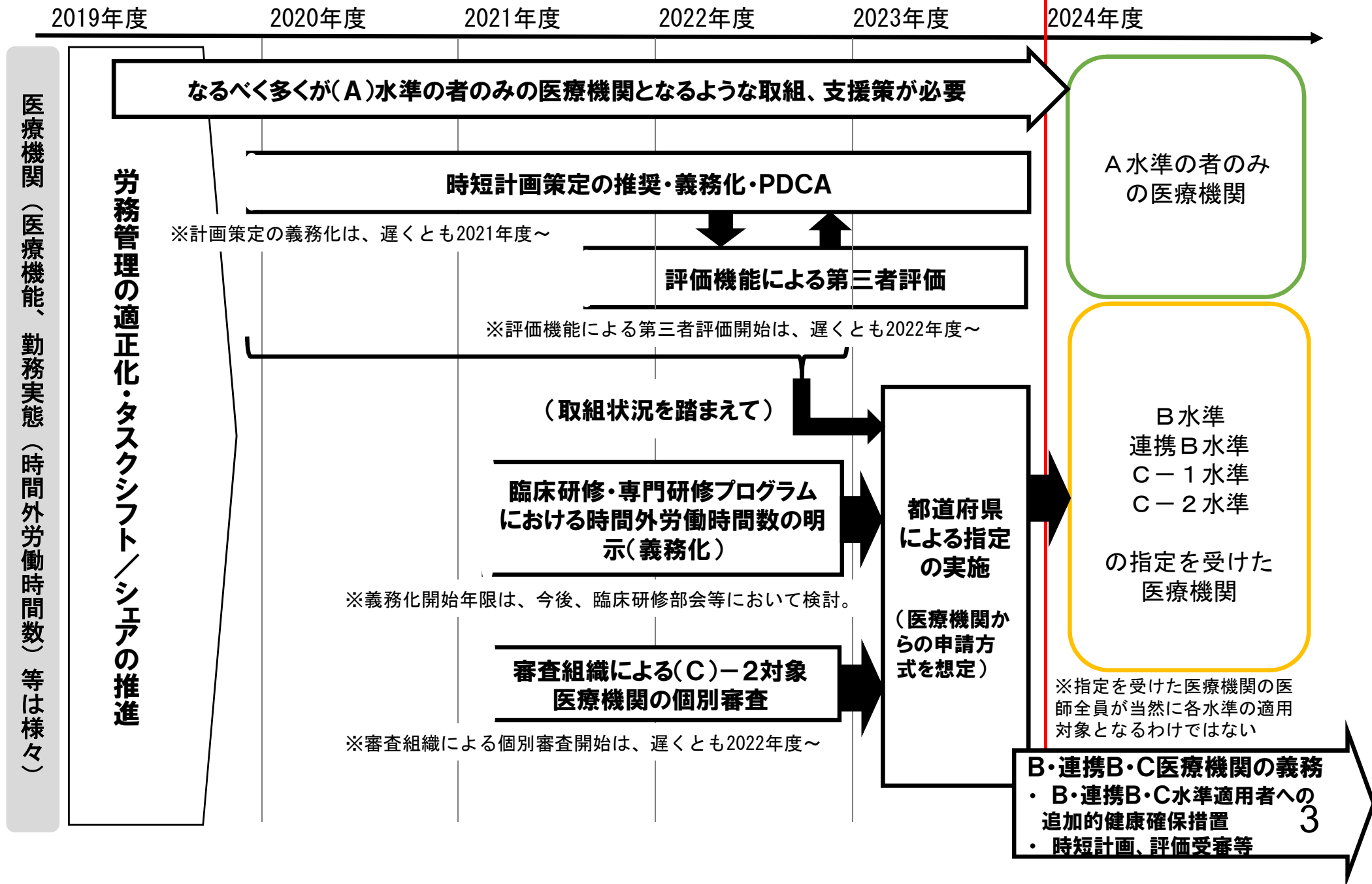
※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

2024年4月までの見通し

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始（改正労働基準法の施行）



B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件

※要件となる項目に○

		B水準	連携B水準	C-1水準	C-2水準	備考
1	医療機関機能	○	○			
2	臨床研修病院又は専門研修プログラム・カリキュラム認定医療機関である			○		
3	特定高度技能を有する医師の育成・研鑽に十分な環境がある				○	設備、症例数、指導医等につき審査組織（国レベル）の個別審査を想定。
4	36協定において年960時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めをする必要がある	○		○	○	
	副業・兼業先での労働時間を通算すると、時間外・休日労働が年960時間を超える必要がある		○			
	（必要性について、合議での確認）	都道府県医療審議会の意見聴取	都道府県医療審議会の意見聴取	地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会の意見聴取	審査組織及び都道府県医療審議会の意見聴取	
	（必要性について、実績面の確認）	労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	プログラム全体及び各医療機関の明示時間数（時短計画実績値とも整合）で判断	労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	
5	都道府県医療審議会の意見聴取	○	○	○	○	実質的な議論は、医療審議会に設けられた分科会や地域医療対策協議会等の適切な場において行うことを想定
6	労働時間短縮計画が策定され、労働時間短縮の取組や追加的健康確保措置の実施体制の整備が確認できる	○	○	○	○	年1回都道府県へ提出
7	評価機能の評価を受けている	○	○	○	○	過去3年以内に受審していること
8	労働関係法令の重大かつ悪質な違反がない	○	○	○	○	過去1年以内に送検・公表されていないこと

地域医療確保暫定特例水準の対象となる医療機関の要件

地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準）の対象となる医療機関の要件のうち、地域医療の観点から必須とされる機能を果たすためにやむなく長時間労働となる医療機関であることの詳細は、以下のとおり。

B水準対象医療機関

【医療機能】

- ◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」」双方の観点から、
 - i 三次救急医療機関
 - ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ 「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
 - iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
 - iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関
(例) 精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関
- ◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関
(例) 高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

【長時間労働の必要性】 ※B水準が適用されるのは、医療機関内の全ての医師ではなく、下記の医師に限られる。

- ◆上記機能を果たすために、やむなく、予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師が存在すること。

連携B水準対象医療機関

【医療機能】

- ◆医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関
(例) 大学病院、地域医療支援病院等のうち当該役割を担うもの

【長時間労働の必要性】 ※連携B水準が適用されるのは、医療機関内の全ての医師ではなく、下記の医師に限られる。

- ◆自院において予定される時間外・休日労働は年960時間以内であるが、上記機能を果たすために、やむなく、他の医療機関での勤務と通算での予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師が存在すること。
(※連携B水準の指定のみを受けた場合の、個々の医療機関における36協定での時間外・休日労働の上限は年960時間)

※なお、当該医療機関内で医師のどの業務がやむなく長時間労働となるのかについては、36協定締結時に特定する。したがって、当該医療機関に所属する全ての医師の業務が当然に該当するわけではなく、医療機関は、当該医療機関が地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として特定される事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関における地域医療確保暫定特例水準の対象業務とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。

B・連携B水準の指定のフロー

B・連携B水準対象医療機関の指定

3 6 協定 締結

業務開始・追加的健康確保措置の実施 等

- 医療機関は、医師労働時間短縮計画を策定し、都道府県へ提出。計画に沿って、労働時間の短縮に取り組む。
- 評価機能による評価を受ける。

- 医療機関からのB・連携B水準の指定申請を受け、地域医療の観点から必須とされる機能を果たすためにやむなくA水準を超える必要のある医療機関として、都道府県医療審議会への意見聴取の後、都道府県が指定する。
- 指定に伴い、当該医療機関に追加的健康確保措置が義務付けられる。

B水準については対象業務について3 6協定で特定

- 医師の労働時間短縮に必要な支援（マネジメント改革支援、地域医療提供体制における機能分化・連携の推進、医師偏在対策における重点的な支援等）を受け、労働時間短縮に取り組む。
- 追加的健康確保措置の実施。未実施の場合には、段階的な履行確保の枠組の中で、改善に向けて取り組む。

C-1水準の指定のフロー

[臨床研修プログラム]

各医療機関が既存の臨床研修プログラムにおける勤務時間の実態を把握

各医療機関は実態に基づく各プログラムにおける時間外労働時間の上限を設定し、それがA水準を超える場合、都道府県に申請

各都道府県の地域医療対策協議会で議論、その後都道府県が指定

都道府県の指定ののち36協定の締結・改正

マッチング協議会に登録、募集開始

医学生は、時間外労働の上限を確認の上、プログラムを選択し、応募

国家試験合格後、入職時に雇用契約を締結

指定申請時にはプログラム全体及び各医療機関の時間外労働時間の上限を明示

**C-1水準の
対象医療機関の指定**

**C-1水準の
適用医師の特定**

[専門研修プログラム]

各医療機関が既存の専門研修プログラム・カリキュラムにおける勤務時間の実態を把握

各医療機関は募集する各専門プログラム・カリキュラムにおける時間外労働時間の上限を設定し、それがA水準を超える場合、各学会に申請

各学会および日本専門医機構審査後に、各都道府県の地域医療対策協議会で議論、その後都道府県が指定

都道府県の指定ののち36協定の締結・改正

日本専門医機構による専攻医募集開始

専攻医希望医師は、各プログラム・カリキュラムの時間外労働の上限を確認の上、応募

入職時に雇用契約を締結

C-1 水準対象医療機関の指定

○：必要となる項目

	基幹型臨床研修病院／専門研修基幹施設		協力型臨床研修病院／専門研修連携施設		カリキュラム制における専門研修施設	
時間外・休日労働の実態※	A水準	A水準超え	A水準	A水準超え	A水準	A水準超え
時間外・休日労働時間数の上限の設定及び明示	研修期間中及びプログラム全体の時間外・休日労働時間数の上限を設定して明示する		研修期間中の時間外・休日労働時間数の上限を設定して明示するとともに、基幹型臨床研修病院／基幹施設に報告する		研修期間中の時間外・休日労働時間数の上限を設定して明示する	
時間外・休日労働時間数の管理及び実績の明示	研修期間中及びプログラム全体の時間外・休日労働時間数を管理し、実績を明示する		研修期間中の時間外・休日労働時間数を管理し、実績を明示するとともに、基幹型臨床研修病院／基幹施設に報告する		研修期間中の時間外・休日労働時間数を管理し、実績を明示する	
C-1 水準の指定	-	○	-	○	-	○
C-1 水準の指定の申請	○ ※協力型臨床研修病院／連携施設の申請について申請に係る事務を代行する場合のみ	○ ※協力型臨床研修病院／連携施設の申請について申請に係る事務を代行することも可能	-	○ ※基幹型臨床研修病院／基幹施設が申請に係る事務を代行することも可能	-	○
追加的健康確保措置	A水準に準ずる	B水準に準ずる	A水準に準ずる	B水準に準ずる	A水準に準ずる	B水準に準ずる
医師労働時間短縮計画の作成	-	○	-	○	-	○
都道府県への上記計画の提出	C-1 水準の指定の申請に準ずる					
評価機能による評価の受審	-	○	-	○ ※基幹型臨床研修病院／基幹施設が訪問評価を受ける場合であって、当該医療機関における研修期間が1年未満の場合には書面評価でも可能	-	○

※当該医療機関における研修期間中の労働時間を年単位に換算した場合に、時間外・休日労働が年960時間以下の場合はA水準、年960時間を超える場合はA水準超えとする。

C-2水準の指定のフロー

厚生労働大臣による分野の公示
審査組織は特定高度技能及びその詳細（習得に必要とされる設備、症例数、指導医等）を示す

[医療機関指定後、計画を審査する場合]

都道府県による医療機関の指定

- ・ 特定機能病院
- ・ 臨床研究中核病院
- ・ C-2水準対象分野の研修機関

であって、審査組織による審査を経て、C-2水準の対象医療機関の要件を満たしている場合に指定

医師による特定高度技能研修計画の作成

当該計画の所属医療機関における承認と
審査組織への計画の提出

審査組織における個別計画の審査通過
(C-2水準の対象分野の技能が習得できる計画になっているか、医師の経験年数等も踏まえ審査)

C-2水準の適用医師の特定

[医療機関と計画を同時に審査する場合]

医師による特定高度技能研修計画の作成

当該計画の所属医療機関における承認と
審査組織への計画の提出

審査組織における個別計画の審査通過
(C-2水準の対象分野の技能が習得できる計画になっているか、医師の経験年数等も踏まえ審査)
(所属医療機関が当該計画に記載の技能の習得に十分な教育研修環境を有しているかについても同時に審査)

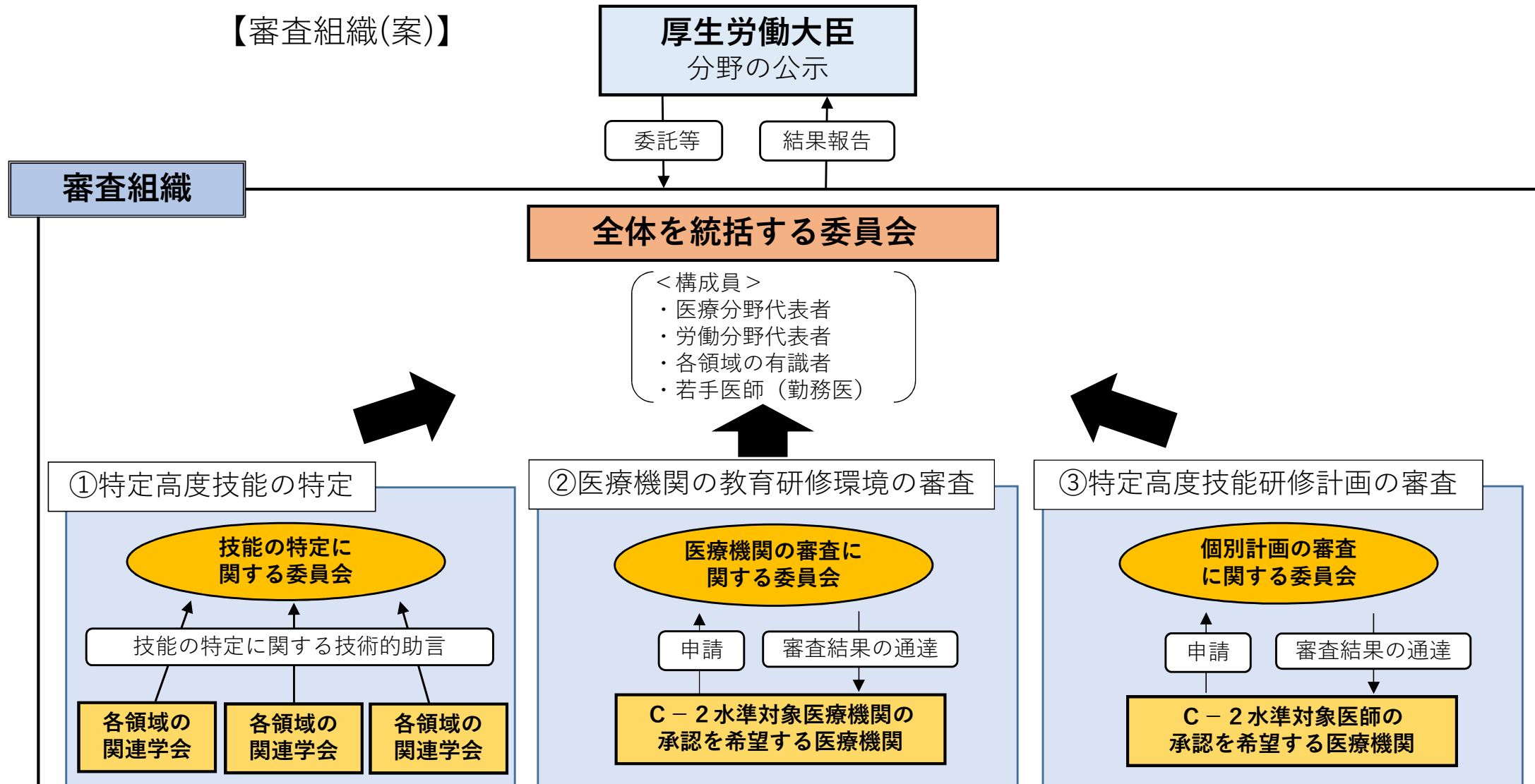
都道府県による医療機関の指定
特定高度技能研修計画に記載の技能を習得するのに十分な教育研修環境を有している医療機関であって、C-2水準の対象医療機関の要件を満たしている場合に指定

C-2水準の適用医師の特定

C-2水準の審査組織について(案)

- 審査組織については、特定高度技能の特定や審査業務に相当の専門性が必要になると想定されることから、学術団体等に協力を得る必要があるが、具体的な組織の運営方法については、以下のように、厚生労働省からの委託等の形とし、各領域の関連学会から審査への参加や技術的助言を得ることとする。

【審査組織(案)】



※特定高度技能の特定とあわせて、当該技能の習得に必要とされる設備、症例数、指導医等、当該技能に関する医療機関の教育研修環境及び特定高度技能研修計画の審査における基準となるものを示す。

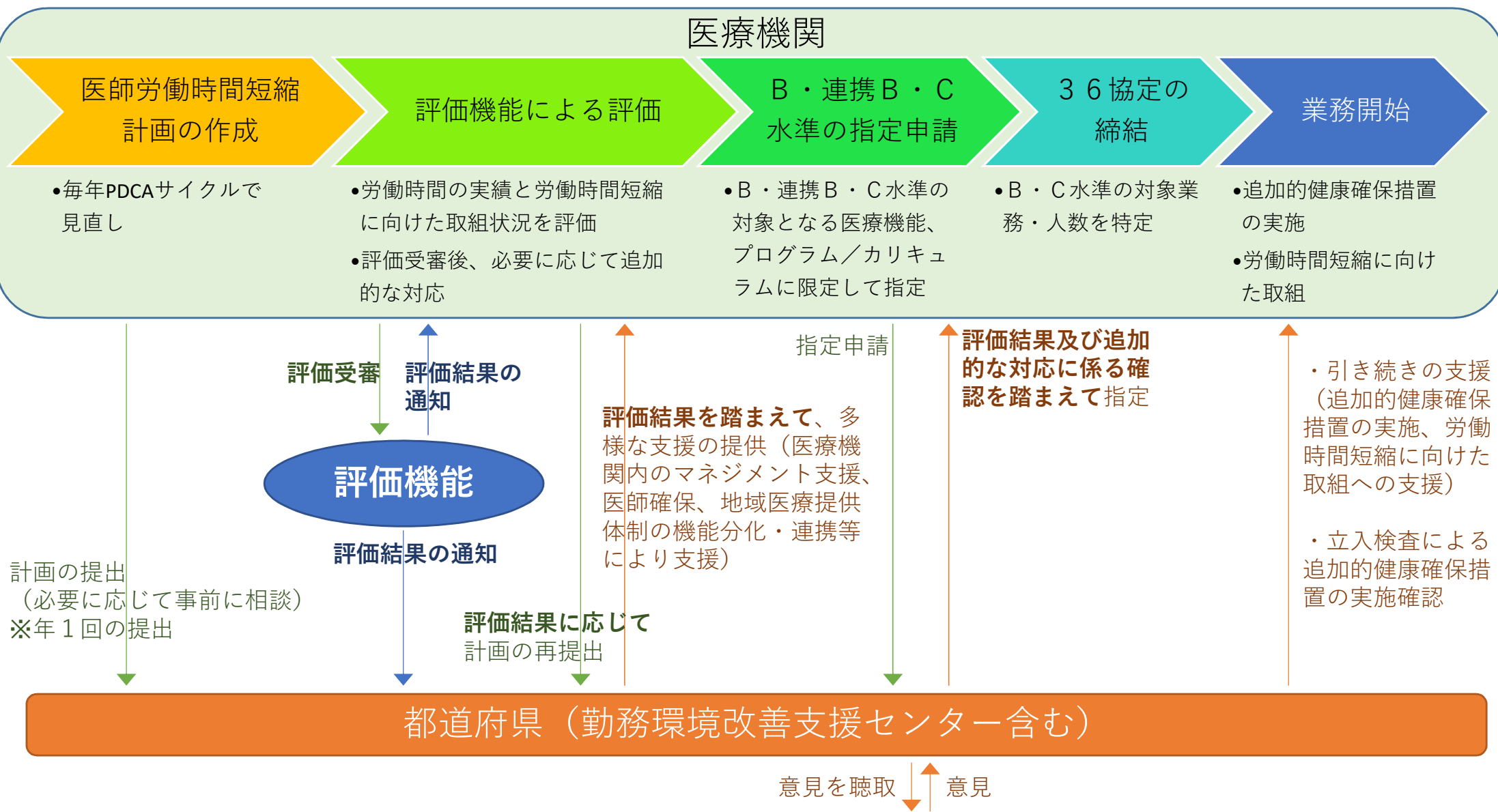
審査組織の業務のスケジュール(案)

- 医療機関の研修環境及び医師個人の特定高度技研修計画の個別審査に先立ち、まずは特定高度技能の特定を行う必要がある。2021年度中には当該技能の特定を開始し、その後、2022年度中には医療機関の研修環境及び医師個人が作成する特定高度技研修計画の個別審査を開始する。
- 2024年度以降は、初回審査に加え、医療機関は3年に1回、特定高度技能研修計画は計画期間（3年以内）に応じて、更新に係る審査を実施する。



※2021年度までに、特定高度技能研修計画等の申請書類の様式、審査方法、審査基準等を策定する。

B・連携B・C水準の指定に当たっての基本的な流れ



C-2水準の対象医療機関としての36協定の締結に当たっては、C-2水準の対象医療機関としての都道府県の指定のほか、審査組織による審査（医療機関の教育研修環境、医師個人の特定高度技能研修計画の内容）が必要。

※実質的な議論は、医療審議会に設けられた分科会や地域医療対策協議会等の適切な場において行うことを想定。

※C-1水準の指定に当たっては地域医療対策協議会において協議。

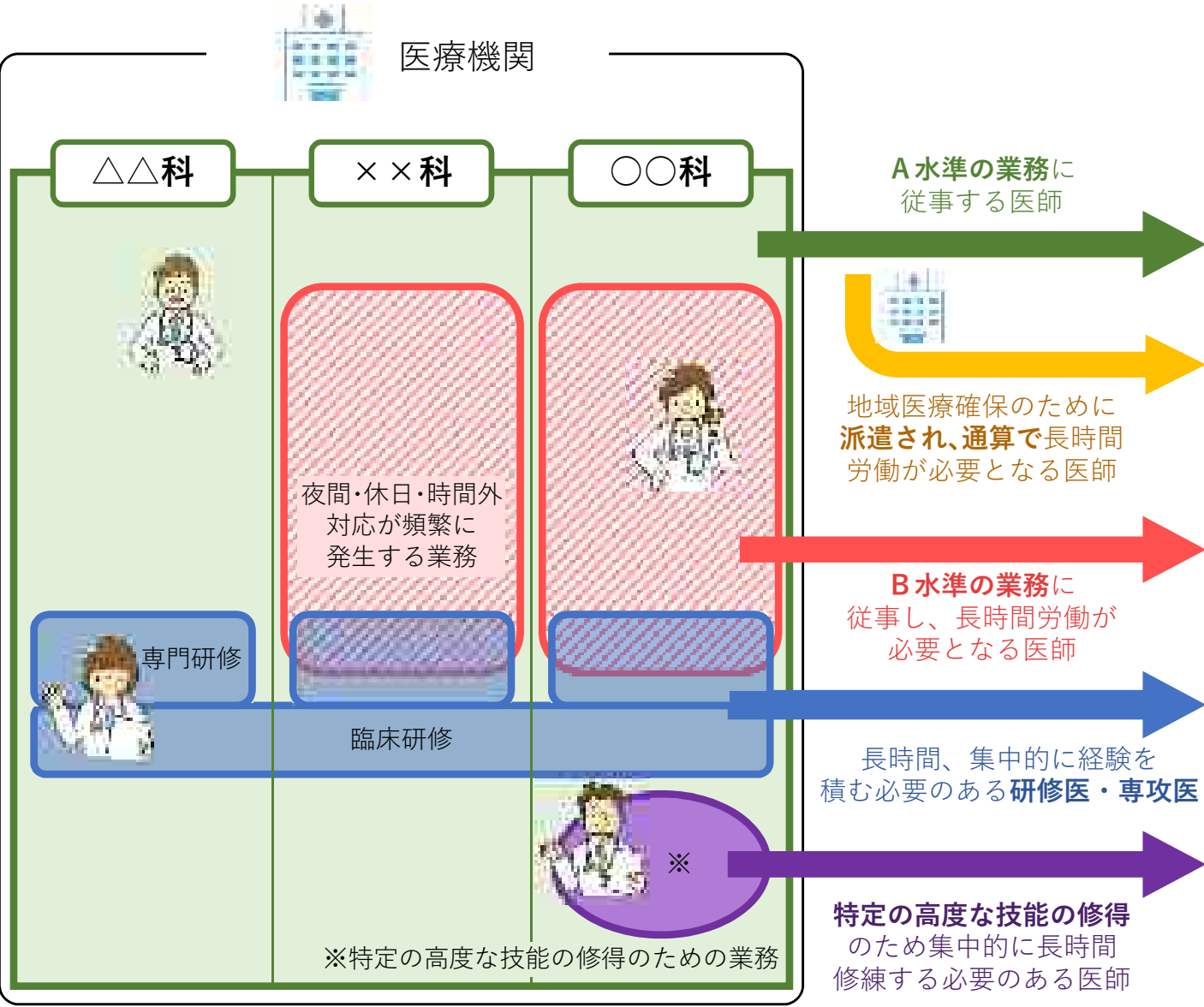
B・連携B・C水準の指定に係る労働時間の確認に関する各機関の役割

		B水準・連携B水準	C-1水準		C-2水準
			臨床研修	専門研修	
都道府県					
	年次報告（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第12条）、実地調査	—	前年度の労働時間の実績とその年の想定労働時間数に乖離が見られた場合、必要に応じて実地調査を行い、改善を求める。	—	—
	研修医募集	—	各プログラムは、労働時間の実績を明示することとし、それらに乖離が見られた場合、理由を確認し必要に応じて改善を求める。	—	—
	B・連携B・C水準指定	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び都道府県医療審議会等の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認。	医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び都道府県医療審議会及び地域医療対策協議会等の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認。 ※「研修の効率化」と「適正な労務管理」については、同計画及び評価機能による評価結果により確認。		医師労働時間短縮計画に記載された時間外・休日労働の実績及び審査組織の意見を踏まえ、960時間超えがやむを得ないことを確認。
	立入検査（医療法第25条第1項）	B・連携B・C水準対象医療機関が時間外・休日労働時間数に応じた面接指導、勤務間インターバル等の追加的健康確保措置を適切に実施しているか否かを年1回確認し、必要に応じて指導、改善命令を行う。			
各学会、日本専門医機構					
	専攻医募集	—	—	各プログラムは、労働時間の実績と想定労働時間数を明示することとし、それらに乖離が見られた場合、理由を確認し必要に応じて改善を求める。	—
評価機能		B・連携B・C水準対象医療機関の時間外・休日労働時間数、労務管理、労働時間短縮に向けた取組状況（研修の効率化を含む。）について評価。短縮していない場合には、短縮に向けた追加的な対応が取られていることを確認。			
審査組織		—	—	—	医療機関の教育研修環境及び医師が作成する特定高度技能研修計画の内容から、高度技能の医師の育成が可能であり、技能習得・維持に相当程度の従事が必要であることを審査。

各水準の指定と適用を受ける医師について

A 水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、**指定される事由となった業務やプログラム等に従事する医師にのみ適用される**。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関は**それぞれの水準についての指定を受ける必要がある**。

*年の時間外・休日労働時間数（簡明さを優先し、詳細は省略）

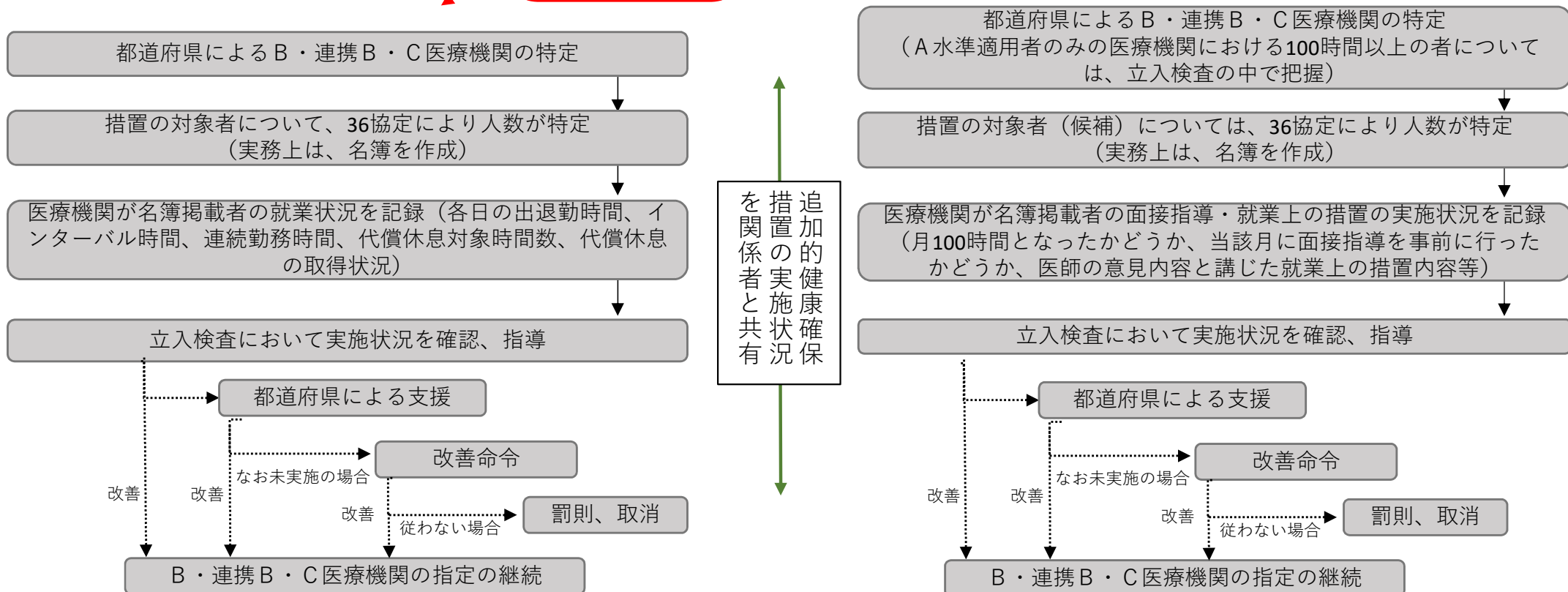


医療機関に必要な指定	医師に適用される水準	
	36協定で定めることができる時間*	実際に働くことができる時間* (通算)
—	960以下	960以下
連携B	960以下	1,860以下
B	1,860以下	1,860以下
C - 1	1,860以下	1,860以下
C - 2	1,860以下	1,860以下

この医療機関の例の場合、連携B、B、C-1、C-2の4つの指定が必要となる（それぞれの指定要件は大部分が共通）

追加的健康確保措置の義務及び履行確保の流れ

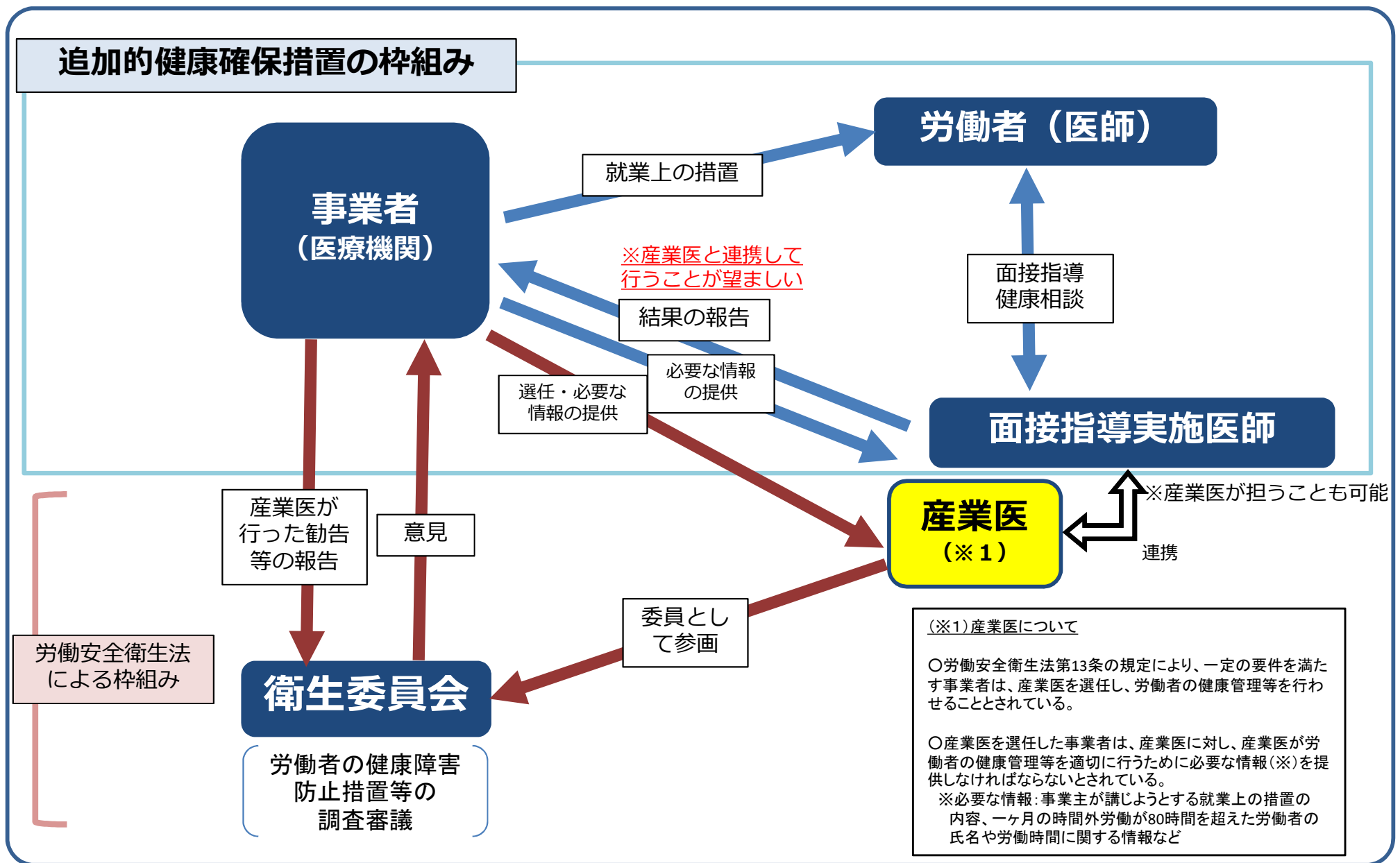
	3 6 協定の月上限	連続勤務時間制限・インターバル規制等		面接指導・就業上の措置	(参考) 時短計画の策定
A 水準適用者のみ医療機関	100時間未満	努力義務			
	100時間以上	努力義務		義務(※1)	
B・連携B指定あり医療機関	100時間未満	B・連携B業務対象者は義務	その他の業務対象者は努力義務		義務
	100時間以上			義務(※2)	
C指定あり医療機関	100時間未満	C業務対象者は義務	その他の業務対象者は努力義務		義務
	100時間以上			義務(※2)	



(※1) 当月の時間外労働が80時間超になった場合、疲労度確認を行い、疲労の蓄積に応じて面接指導を実施。

(※2) 当月の時間外労働が100時間になる前に面接指導を実施。例えば、前月の時間外労働が80時間超となった場合、あらかじめ面接指導のスケジュールを組んでおく。

追加的健康確保措置の面接指導に係る実施体制について



※追加的健康確保措置の面接指導は、医療法において位置付けることと併せて、労働安全衛生法の面接指導としても位置付け、衛生委員会による調査審議等が及ぶ方向で検討（「医師の働き方改革に関する検討会」報告書より）

面接指導の実施方法について

管理者（事業者）

STEP1 睡眠及び疲労の状況の確認

当該月に100時間以上の時間外・休日労働が見込まれる医師（例えば、前月又は当月の時間外・休日労働が80時間を超えている者）を抽出し、時間外・休日労働が月100時間以上となる前に、睡眠及び疲労の状況等、以下の事項について確認を行う。

<確認事項>

- ① 前月の休日・時間外労働時間（副業・兼業も自己申告により通算する）
- ② 直近2週間の1日平均睡眠時間（可能であればアクチグラフ等の客観的指標を用いる）
- ③ 「労働者の疲労蓄積度の自己診断チェックリスト」（以下、疲労蓄積度チェック）
- ④ 面接指導の希望

※可能であれば、面接指導対象医師と同じ病棟や診療科で勤務する看護師長や上級医から、長時間労働の負担による影響の有無等についても確認しておくことが望ましい。

※ 上記確認と面接指導の実施時期については次ページ参照

STEP4 就業上の措置

面接指導実施医師からの報告及び意見を踏まえ、必要に応じて、就業上の措置を講じる。

面接指導実施医師

STEP2 面接指導

労働安全衛生法に基づく長時間労働者に対する面接指導において確認を行う事項（勤務の状況、疲労の蓄積の状況、心身の状況）に加え、睡眠負債の状況を確認する。また、医師についてはバーンアウト（燃え尽き）のリスクが高いことを踏まえ、ワークエンゲイジメント（熱意・没頭・活力）とバーンアウト（燃え尽き）の相違も念頭に置きつつ、評価を行う。

<確認事項>

- ① 勤務の状況
- ② 睡眠負債の状況
- ③ 疲労の蓄積の状況
- ④ 心身の状況（うつ症状や心血管疾患のリスク等）

必要に応じて睡眠や休息等に関する助言や保健指導を行う。

STEP3 報告書・意見書の作成

面接指導に基づき、本人への指導区分及び就業区分の判定し、報告書及び意見書を作成の上、管理者に報告する。報告書・意見書の作成に当たっては、必要に応じて、産業医、院内の専門科又は専門医療機関と連携することが望ましい。

<本人への指導区分> ※複数回答可

- | | |
|-----------|-----------|
| 0. 措置不要 | 1. 要保健指導 |
| 2. 現病治療継続 | 又は 医療機関紹介 |

<就業区分>

- | | | |
|---------|------------|--------|
| 0. 通常勤務 | 1. 就業制限・配慮 | 2. 要休業 |
|---------|------------|--------|

産業医



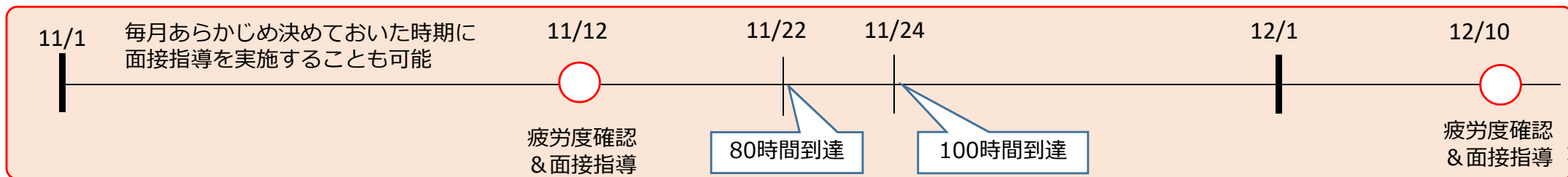
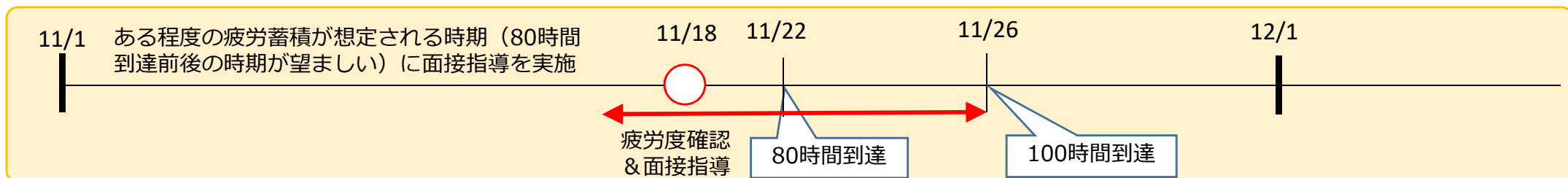
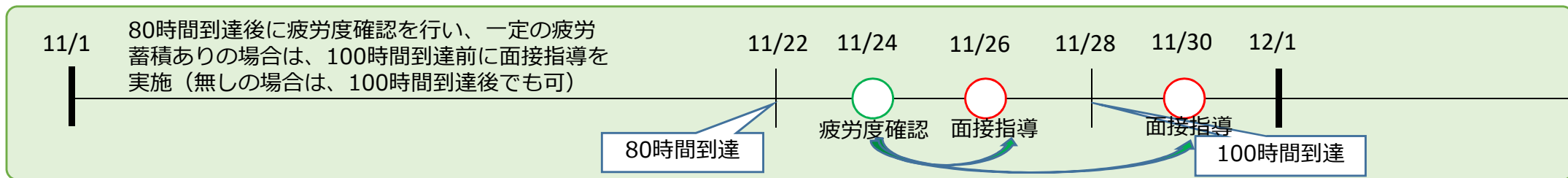
連携

面接指導の実施時期について

水準	A水準	A・B・連携B・C水準	B・連携B・C水準
時間外・休日労働が100時間以上となる頻度	低い	高い	
睡眠及び疲労の状況の事前確認の実施時期	当該月の時間外・休日労働が80時間を超えた後	ある程度の疲労蓄積が想定される時期（当該月の時間外・休日労働が80時間前後となる時期が望ましい）	毎月あらかじめ決めておいた時期に行うことも可能
面接指導の実施時期	事前確認で一定の疲労の蓄積が予想される場合 ^注 は当該月の時間外・休日労働が100時間に到達する前に実施しなければならない。	※ただし、当該月の時間外・休日労働が100時間に到達する前に実施しなければならない。	※ただし、当該月の時間外・休日労働が100時間に前に実施しなければならない。

注 一定の疲労蓄積が予想される場合とは下記のいずれかに該当した場合である。

- ① 前月の時間外・休日労働時間数：100時間以上
- ② 直近2週間の1日平均睡眠時間：6時間未満
- ③ 疲労蓄積度チェック：自覚症状がIV又は負担度の点数が4以上
- ④ 面接指導の希望：有



追加的健康確保措置における面接指導

（面接指導対象医師の推計数）

- ・ 平成30年医師・歯科医師・薬剤師調査における医師の病院従事者数：208,127人
- ・ 令和元年医師の勤務実態調査において、病院勤務医のうち時間外労働年960時間換算を超える割合：37.8%
- ・ 上記から、現時点で時間外労働年960時間換算を超える人数を機械的に算出すると約80,000人

※ A 水準対象医師であっても、月の時間外労働時間数に応じて面接指導の実施義務があることに留意。

※ B・連携 B・C 水準対象医師であっても、月の時間外労働時間数によっては面接指導を必ずしも実施しなくてよい。

（面接指導実施医師の推計数）

- ・ 面接指導を行う医師は、1人で10人の医師の面接指導を実施すると仮定（他科の診療科長が面接を行うことを想定）
- ・ 上記を踏まえると、面接指導実施医師は全国で約8,000人必要（産業医※を含む。）

※ 産業医の養成研修・講習を修了した医師は約10万人（実働は推計3万人）

（面接指導実施医師の養成講習の方法・内容）

- ・ 養成には、e-ラーニング教材を作成し、受講した医師に修了書を発行することで対応（内容については次ページ参照）。
- ・ 長時間労働の医師の健康確保措置に関するマニュアルの内容に基づいた講習を想定。
- ・ 2021年度にe-ラーニング教材の開発、2022～2023年度の2年間で養成を行うことを予定（その後も継続して養成を行う）。

（面接指導実施医師の推定される業務負担）

- ・ 面接指導に1人約10～40分の時間を要するとして仮定すると、面接指導を行う医師1人あたり月に約2.2時間※の負担

※ 10人中9人は10分、1人は40分を要するとして試算

面接指導実施医師向けカリキュラムイメージ

産業医基礎研修カリキュラム

1. 前期研修
 - (1) 総論
 - (2) 健康管理
 - (3) メンタルヘルス対策
 - (4) 健康保持増進
 - (5) 作業環境管理
 - (6) 作業管理
 - (7) 有害業務管理
 - (8) 産業医活動の実際
2. 実地研修
 - (1) 健康管理
 - (2) じん肺の胸部エックス線検査
 - (3) メンタルヘルス対策
 - (4) 健康保持増進
 - (5) 救急処置
 - (6) 作業環境管理・作業管理
 - (7) 職場巡視と討論
3. 後期研修
 - (1) 総論
 - (2) 労働衛生管理体制（総括管理）
 - (3) 健康管理
 - (4) メンタルヘルス対策
 - (5) 健康保持増進
 - (6) 作業環境管理
 - (7) 作業管理
 - (8) 有害業務管理
 - (9) 労働衛生教育

2024年度に適用される労働時間の上限規制や、それに伴う長時間労働に係る事項について記載

面接指導実施医師向けカリキュラムイメージ（案）

- (1) 総論・法制論（労働安全衛生法、医療法、労働基準法）
産業医とは異なり、医療法や労働基準法の規定についても必要
- (2) 健康管理（特に過重労働・睡眠負債による健康影響について）
特に睡眠負債による健康影響についての知見を集約し、重点的に学習
- (3) メンタルヘルス対策
- (4) 追加的健康確保措置（疲労回復に効果的な休息の付与方法、睡眠及び疲労の状況について確認する事項を含めた効果的な面接指導の実施方法）※

※2019年3月28日にとりまとめられた「医師の働き方改革に関する検討会報告書」において、医学的に検討を行うと明記された事項

※「長時間労働の医師の健康確保措置に関するマニュアル」の内容に基づいたものを想定。

代償休息付与の例について

(1) 所定労働時間中における時間休の取得による2時間の代償休息付与の例



(2) 勤務間インターバルの幅の延長による2時間の代償休息付与の例



<疲労回復に効果的な休息の付与>

- 勤務間インターバルの延長は、睡眠の量と質の向上につながる。
- 代償休息を生じさせる勤務の発生後、**できる限り早く付与**する。
- オンコールからの解放、シフト制の厳格化等の配慮により、**仕事から切り離された状況を設定**する。

医師労働時間短縮計画の記載事項

1. 必須記載事項

前年度実績及び当年度目標並びに計画期間終了年度の目標

- 時間外・休日労働時間数の平均
- 時間外・休日労働時間数の最長
- 960時間超～1860時間の人数・割合（全体及び診療科単位）
- 1860時間超の人数・割合（全体及び診療科単位）

①労働時間数

②労務管理・健康管理

- 労働時間管理方法
- 宿日直許可基準に沿った運用
- 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続等労使の話し合い、36協定の締結
- 衛生委員会、産業医等の活用、面接指導の実施体制
- 追加的健康確保措置の実施

③意識改革・啓発

- 管理者マネジメント研修
- 働き方改革に関する医師の意識改革
- 医療を受ける者やその家族等への医師の働き方改革に関する説明

④策定プロセス

- 各職種が参画する委員会や会議、チーム等において計画の検討を行い、策定したか
- 計画内容について医師にきちんと周知されているか

2. 任意記載事項（労働時間短縮に向けた取組）

①職種に関わりなく特に推進するもの

- i) 説明と同意
- ii) 各種書類の下書き・作成
- iii) 診察前の予診等
- iv) 患者の誘導

②職種毎に推進するもの

- i) 助産師：助産師外来・院内助産
- ii) 看護師：特定行為（38行為21区分）等
- iii) 薬剤師：服薬指導、処方提案、処方支援等
- iv) 診療放射線技師：撮影部位の確認等
- v) 臨床検査技師：採血業務等
- vi) 臨床工学技士：清潔野における器械出し等
- vii) 医師事務作業補助者：診療録等の代行入力

タスク・シフト／シェア

医師の業務の見直し

- 外来業務の見直し
- 日当直の体制や分担の見直し
- 日当直中の業務の見直し
- オンコール体制の見直し
- 主治医制の見直し
- 副業・兼業先の労働時間の状況も踏まえた勤務シフトの管理

その他の勤務環境改善

- ICTの導入その他の設備投資
- 出産・子育て・介護など、仕事と家庭の両立支援
- 更なるチーム医療の推進

副業・兼業先の労働時間の管理

- 副業・兼業先の労働時間も踏まえた勤務シフトの管理（再掲）
- 副業・兼業先との勤務シフトの調整
- 副業・兼業先への医師労働時間短縮の協力要請

⇒ 労働時間短縮目標未達成の場合、計画の見直し等により追加的な対策を講じる必要

複数医療機関に勤務する医師に適用される時間外・休日労働の上限の考え方

* 年の時間外・休日労働時間数

	個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関① A	医療機関② A
36協定で定めることができる時間*	960以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)
実際に働くことができる時間* (通算)	960以下 (各医療機関での労働時間を通算した時間)	

	個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関① B・C	医療機関② A
36協定で定めることができる時間*	1,860以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)
実際に働くことができる時間* (通算)	1,860以下 (※1) (各医療機関での労働時間を通算した時間)	

	個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関① B・C	医療機関② B・C
36協定で定めることができる時間*	1,860以下 (自院での労働時間)	1,860以下 (自院での労働時間)
実際に働くことができる時間* (通算)	1,860以下 (各医療機関での労働時間を通算した時間)	

	個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関① 連携 B	医療機関② A
36協定で定めることができる時間*	960以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)
実際に働くことができる時間* (通算)	1,860以下 (※2) (各医療機関での労働時間を通算した時間)	

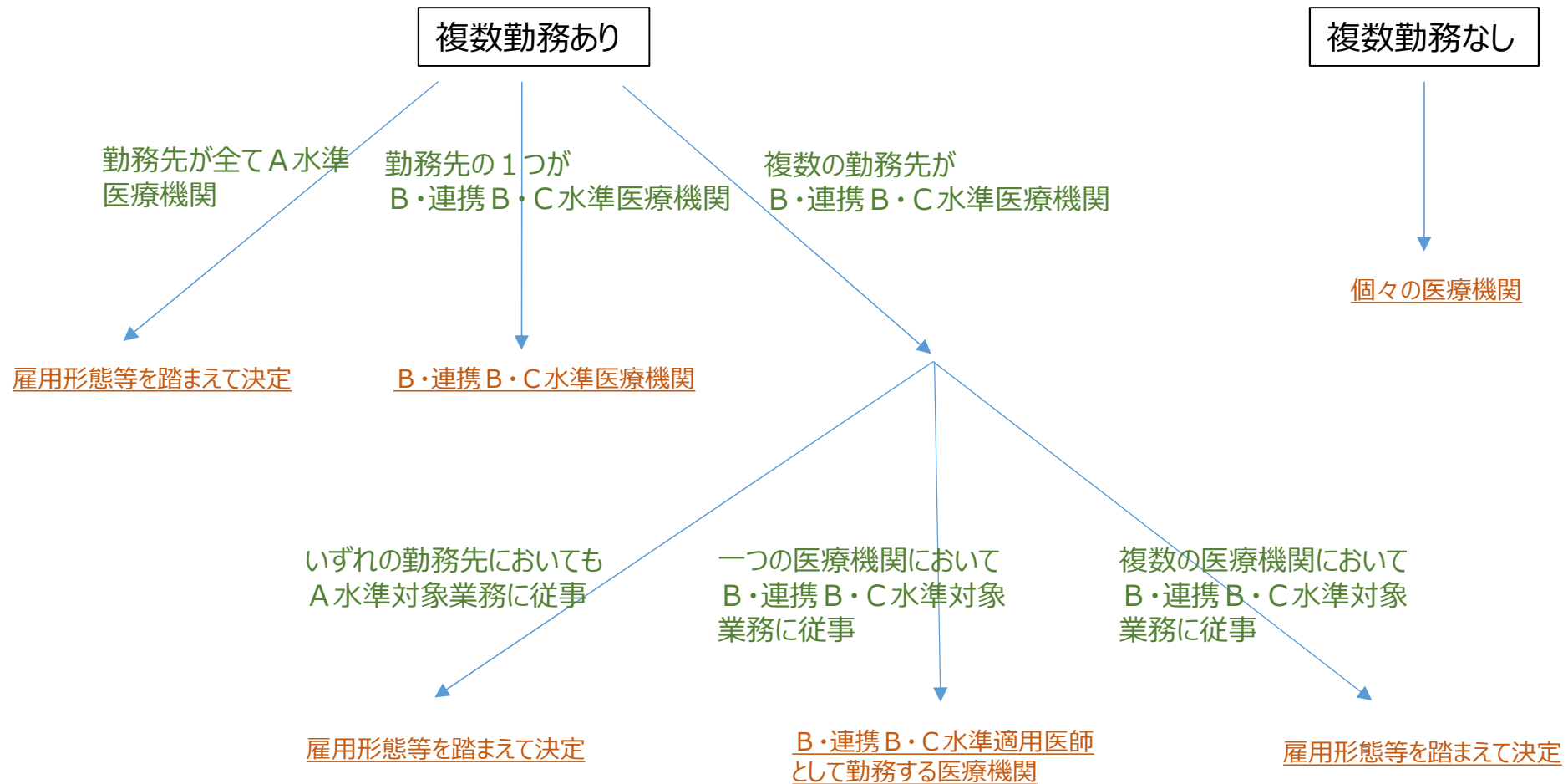
※1 いずれの医療機関においても A 水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は年960時間となる。

※2 いずれかの医療機関において B・連携 B・C 水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算した時間外・休日労働の上限は年1,860時間となる。ただし、当該医師の各医療機関における時間外・休日労働の上限は、各医療機関が36協定において定める時間であり、A 水準又は連携 B 水準が適用される医師を雇用する医療機関が当該医師に関して36協定において定めることのできる時間外・休日労働の上限は年960時間以下となる。

(参考) 各表の上欄の時間は、個々の医療機関における36協定の内容であり、各医療機関における時間外・休日労働時間数を定めることとなる。下欄の時間は、医師個人の実際に働くことができる時間外・休日労働時間数 (通算) に着目したものであり、各医療機関における労働時間が通算される。

面接指導を実施する医療機関についての考え方

- 面接指導・就業上の措置を実施する医療機関については、医師本人の選択により、医療機関との相談の上、個別に決定することとするが、確実な実施を図るために、面接指導を実施する医療機関についての考え方（常勤と非常勤で勤務している場合には、常勤で勤務している医療機関が実施する等）を整理する。



複数医療機関に勤務する医師における労働時間管理方法（例）

副業・兼業には、主たる勤務先からの派遣によるものと医師個人の希望に基づくものがある。

- ① 主たる勤務先（主に大学病院を想定）は派遣先における勤務を含めて、時間外・休日労働の上限、連続勤務時間制限、勤務間インターバルを遵守できるようなシフトを組むとともに、主たる勤務先・派遣先・個人の希望に基づく副業・兼業先でのそれぞれの労働時間の上限（通算して時間外・休日労働の上限規制の範囲内）を医師との話し合い等により設定しておく。
 - ② 医師個人の希望に基づく副業・兼業については、上記のシフト・上限を前提に連続勤務時間制限、勤務間インターバルを遵守できるように副業・兼業先の勤務予定を入れ、自己申告する。
- ※ ①・②のシフト・予定は、主たる勤務先及び副業・兼業先で突発的な業務が発生しても、あらかじめ上限規制の範囲内で設定した労働時間の上限を遵守できるよう、ゆとりをもって設定する。
- ③ 副業・兼業先で突発的な業務の発生等により予定していた時間より長く勤務してしまった場合には、適切な面接指導の実施、代償休息の付与等の観点から、随時、自己申告する。
 - ④ ただし、あらかじめ設定した上限の範囲内で労働している場合であって、
 - ・（B・連携B・C水準適用で毎月面接指導が組み込まれている医師については）代償休息が発生しない場合
 - ・ それ以外の医師については、代償休息が発生しない、かつ、月の時間外・休日労働が100時間以上になるおそれがない場合には、翌月に1か月分まとめた自己申告でもよい。

評価の視点

医師労働時間短縮計画の項目を元に、以下のような視点で、各項目について、定量的な段階評価とともに、定性的な所見（〇〇〇の状況の中で、〇〇に関するタスク・シェアリングが進んでいないと考えられる、等）を評価結果として付す。

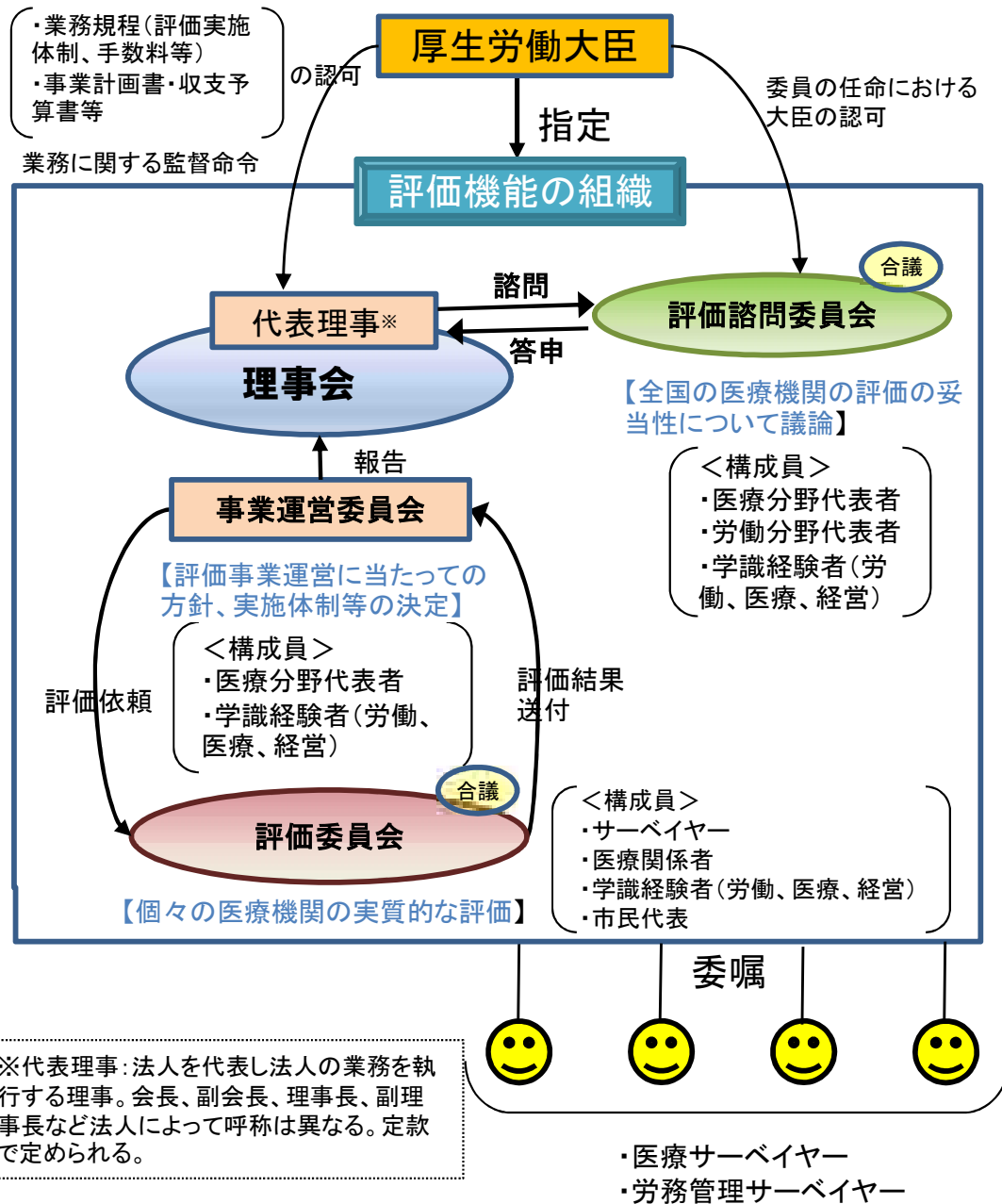
	評価内容	評価の視点（案）
ストラクチャー	労務管理体制	【労務管理の適正化に向けた取組】 - 適切な労働管理体制の構築 - 人事・労務管理の仕組みと各種規定の整備・届出・周知 【36協定等の自己点検や労使交渉等の状況】 36協定の自己点検 - 労使交渉の状況 【産業保険の仕組みと活用】 - 面接指導実施医師等の支援体制の確立 - 衛生委員会の状況 - 健康診断の実施状況
プロセス	医師の労働時間短縮に向けた取組	【医師の労務管理における適切な把握と管理体制】 - 医師の適切な労働時間の計画的な把握と勤務計画の作成（兼業・副業先の労働時間を含めた勤務計画の作成、連続勤務時間制限・勤務間インターバルを意識した勤務計画の作成等） - 医師の適切な労働時間の管理（副業・兼業先の労働時間を把握する仕組み等） - 医師の適切な面接指導・就業上の措置の実施 【医師の労働時間短縮に向けた取組の推進】 - 医療機関の労働時間短縮に向けた検討と改善活動の実施（管理職マネジメント研修の実施等） - 診療体制の見直しと改善への取組の実施（複数主治医制やチーム制の導入・実施等） - タスクシフト／シェアの実施（特定行為研修修了看護師の活用等） - 医師の働き方に関する改善への取組の実施（院内保育や他の保育支援等の整備状況等） - 患者・地域への周知・理解促進への取組の実施
アウトカム	労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組実施後の評価	【労務管理体制の構築と労働時間短縮に向けた取組実施後の結果の把握】 - 医療機関全体の状況（時間外労働時間数の把握、追加的健康確保措置の実施状況等） - 医師の状況（職員満足度調査・意見収集の実施） - 患者の状況（患者満足度調査・意見収集の実施）
参考	- 医療機関の医療提供体制 - 医療機関の医療アウトプット	【医療機関の医療提供体制】（※１） 【医療機関の医療アウトプット】（※２）

（※１）診療科ごとの医師数、病床数、看護師数、医師事務作業補助者数等、労働時間に影響を与える要素として分析を行うことを想定。

（※２）手術件数、患者数、救急車受け入れ台数の他、医療計画や地域医療構想に用いる項目を想定。

中立性・客観性を担保するための評価機能の組織の建付けについて(案)

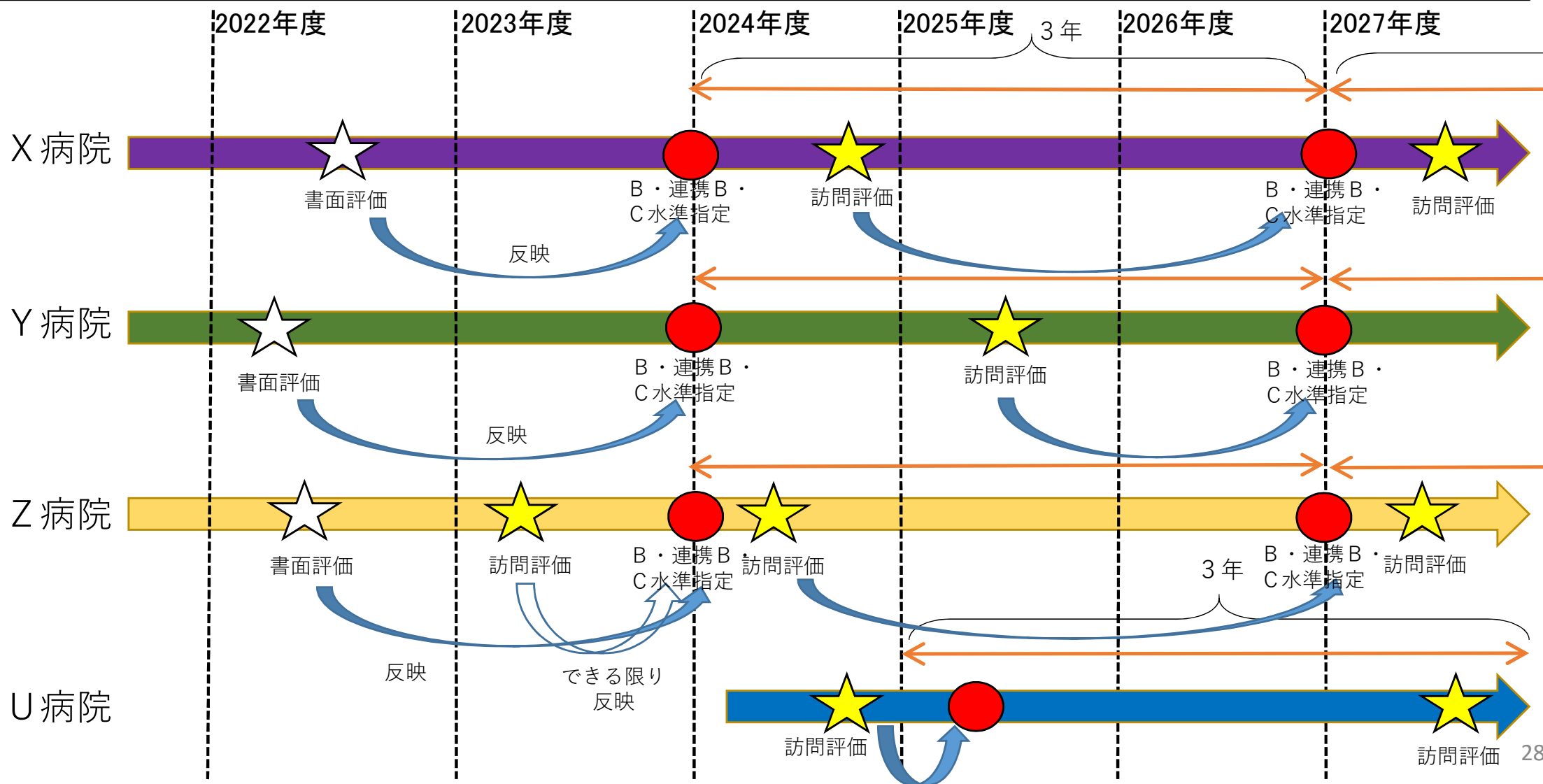
- 評価機能が評価を行うに当たって、中立性・客観性が求められるため、以下のように、法人内に委員会を設置するほか、厚生労働大臣による一定程度の関与を行うことにより担保することとする。



- ① 評価機能として指定した法人内に、事業運営委員会を設置し、評価機能としての業務の執行に係る決定を行う。当該決定を受けて、理事会において、評価機能としての業務の執行に係る正式な決定を行う。
- ② 外部委員で構成する評価諮問委員会を設置し、評価委員会による評価の妥当性に関して、代表理事からの諮問に対する答申を行う。
- ③ 評価諮問委員会の委員の代表理事による任命に当たっては、大臣の認可を行うこととし、より評価の客観性の確保を図ることも考えられる。
- ④ 指定法人として、業務規程や事業計画書、収支予算書等について大臣認可とすることとともに、業務の適正な実施のために必要な範囲内で法人に対する大臣の監督命令を行う。

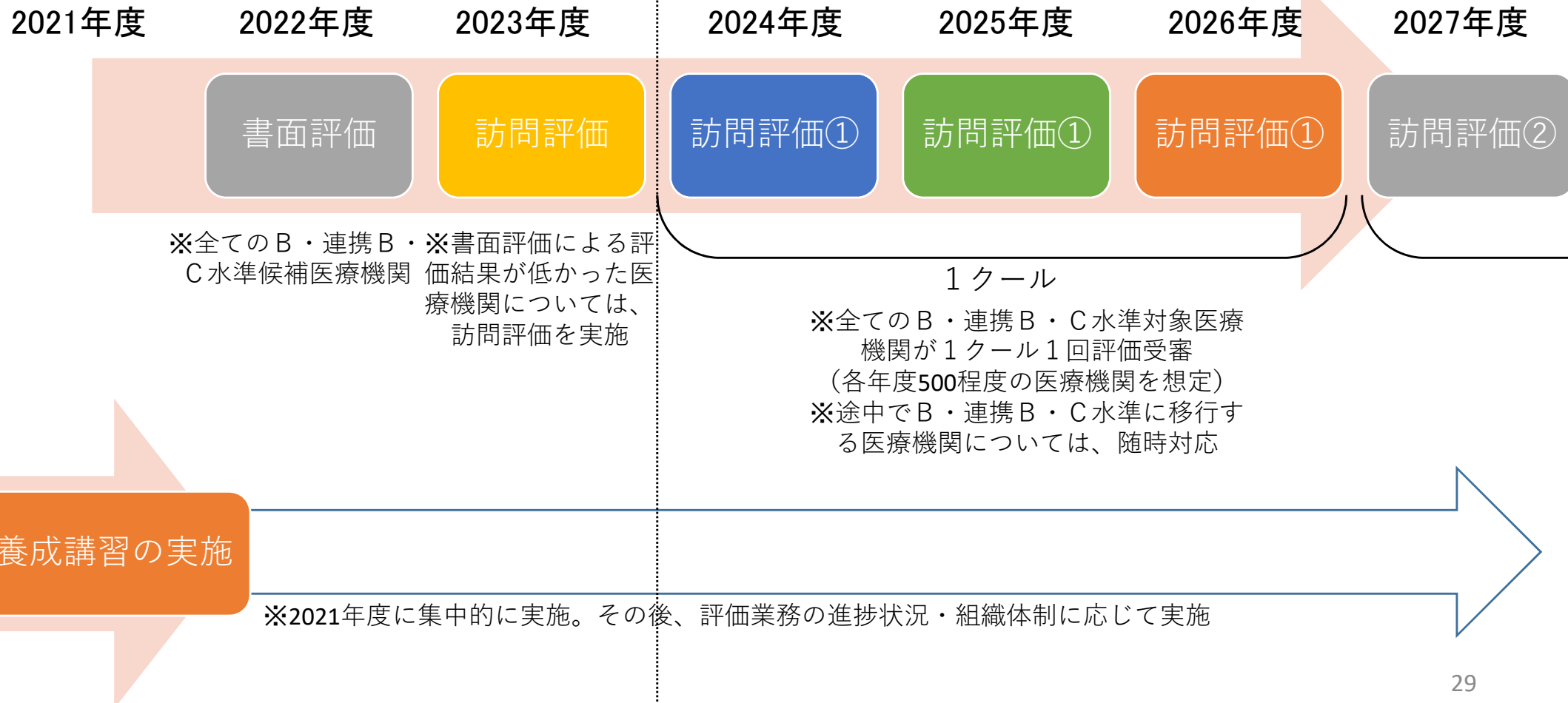
各医療機関の評価受審のスケジュール(案)

- 2024年4月からの時間外労働の上限規制適用に向けて、一斉に評価機能による評価の受審、その結果を踏まえた都道府県によるB・連携B・C水準の指定を行う必要があることから、2022年度の評価は、原則、書面で評価を行う。
- その際、評価結果が低かった医療機関については、2023年度に訪問評価を実施することとし、都道府県は、できる限りその結果も踏まえて、B・連携B・C水準の指定を行う。
- (注) B・連携B・C水準の指定の効力の発生は赤い丸の時点であるが、その前に都道府県による当該指定や36協定の締結準備等を行っておく必要がある。

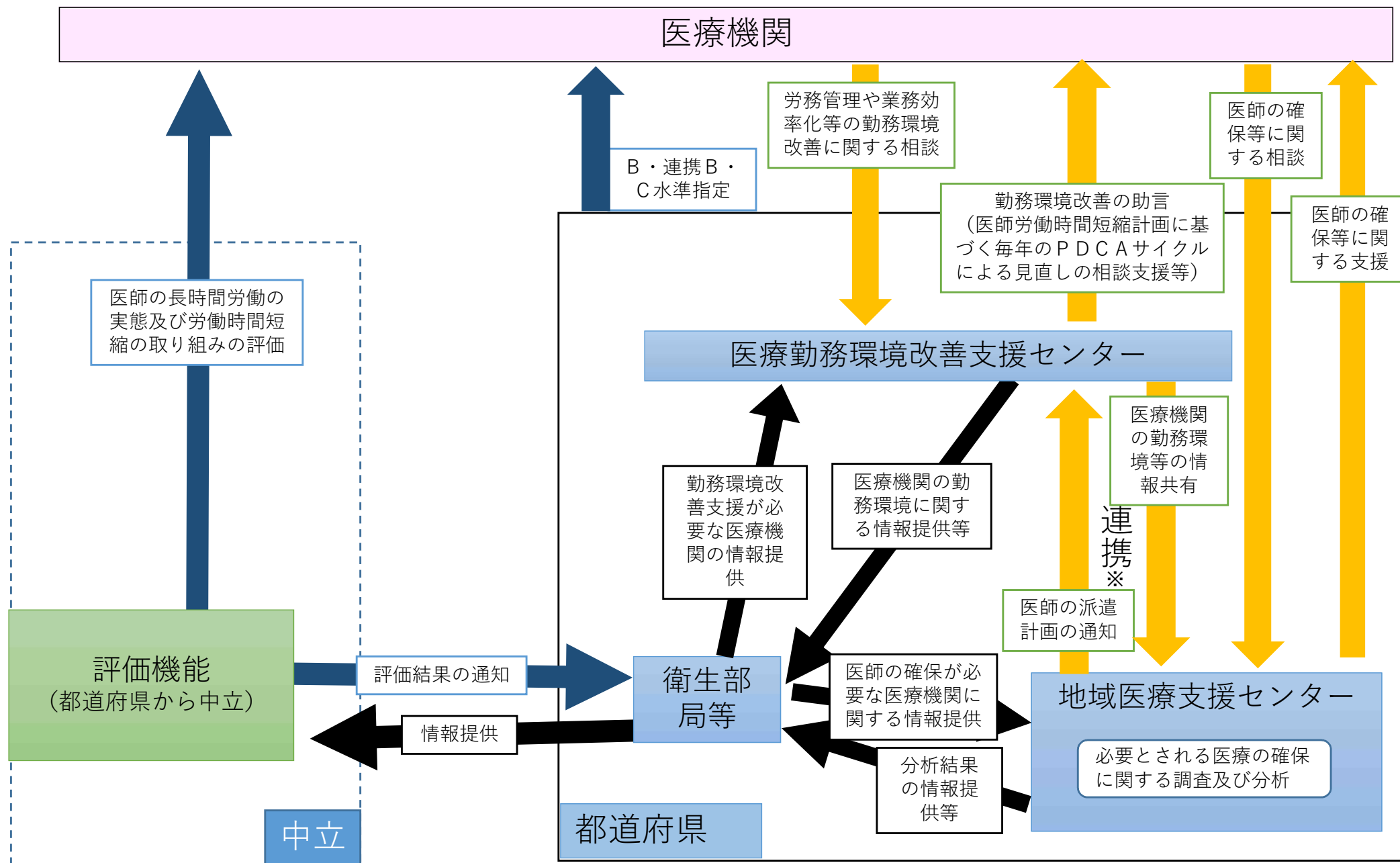


評価機能の業務のスケジュール(案)

- 2022年度は、全てのB・連携B・C水準候補医療機関の評価の受審が必要であるため、原則、書面で評価を行うこととするが、書面評価による評価結果が低かった医療機関については、訪問評価を2023年度に実施。
- 2024年度以降は3年間で1クールとし、その間に各医療機関は1回、訪問評価を受審する。年度途中でB・連携B・C水準に移行しようとする医療機関の評価は随時対応していく。
- また、評価者養成のための講習については、2021年度に集中的に実施し、その後は業務の進捗状況・組織の体制に応じて実施していく。



評価機能、医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センターの連携



← : 医療法に既に定められた連携
 ← : 新たな連携案
 ← : その他の連携

※医療法第30条の21第4項、第30条の25第5項に基づく連携

医師の労働時間短縮等に関する大臣指針について

「医師の労働時間短縮等に関する大臣指針」を策定し、次の①～③に関する内容等を盛り込むこととする。

① 基本的考え方

- ❑ 我が国の医療は医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にあるという現状認識を共有することが必要である。医師の健康を確保することは、医師本人にとってはもとより、今後も良質かつ適切な医療を提供する体制を維持していく上での喫緊の課題である。
- ❑ 同時に、医師の働き方改革は、医師の偏在を含む地域医療提供体制の改革と一体的に進めなければ、長時間労働の本質的な解消を図ることはできない。
- ❑ このため、行政、医療機関、医療従事者、医療の受け手等の全ての関係者が一丸となって、改革を進めるために不断の取組を重ねていく必要がある。

② 医師の時間外労働短縮目標ライン

- ❑ 2035年度末を目標に地域医療確保暫定特例水準を解消することとしているが、「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」において、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関の実態をなるべくA水準対象医療機関に近づけていきやすくなるよう、「医師の時間外労働短縮目標ライン」を国として設定することとされている。
- ❑ 各医療機関は、短縮目標ラインを目安にしつつ、地域医療への影響も踏まえながら労働時間短縮に取り組むこととする。

<医師の働き方改革に関する検討会 報告書> (抜粋: p 28)

(3) 2024年4月までの労働時間短縮

- ・ B水準の適用も想定される医療機関が、当面、目標として取り組むべき水準として医療機関としての「医師の時間外労働短縮目標ライン」を国として設定。
※ Aの年間時間外労働の水準とBの同水準の間で、医療機関の実態をなるべくAに近づけていきやすくなるよう、設定する水準。

③ 各関係者が取り組むべき推奨事項

- ❑ 医師の労働時間の短縮のためには、個々の医療機関における取組だけでなく、地域の医療提供体制の観点からの都道府県における取組や、国も含めた関係機関における取組・支援のほか、国民の医療のかかり方など、様々な立場からの取組が不可欠である。
- ❑ 一方、各取組については地域の実情等に応じて進める必要があり、一律の義務付けに馴染まない側面がある。
- ❑ このため、各関係者における取組を促進するために、長時間労働の医師の労働時間を短縮し、健康を確保するために、各関係者が取り組むべき推奨事項についての指針を示す。

②医師の時間外労働短縮目標ラインについて

□ 医師の時間外労働短縮目標ライン（以下「短縮目標ライン」という。）は、2035年度末を目途に地域医療確保暫定特例水準を解消するために、「全ての地域医療確保暫定特例水準適用医師が到達することを目指すべき時間外労働（休日労働を含む）の上限時間数の目標値」として設定する。

□ その際、各医療機関が着実に労働時間を短縮することができるよう、短縮目標ラインは、2035年度末の目標値である年960時間に向け、一定の期間（例えば3年）ごとの段階的な目標値を設定することとしてはどうか。また、短縮目標ラインは、2024年4月時点での時間外労働時間数に応じて設定することとする。

※各医療機関の状況に応じ、可能であれば、2035年度末よりも早い段階で年960時間の目標を達成できるよう取り組むことが望ましい。

※各医療機関の状況に応じ、年960時間に到達した医療機関については、さらなる勤務環境改善に取り組むことが望ましい。

年度		2024	…	2027	…	2030	…	2033	…	2036
短縮目標ライン	2024年4月時点での時間外労働時間：年 X 時間	X	…	$X-(X-960)/4$	…	$X-2(X-960)/4$	…	$X-3(X-960)/4$	…	960
	例①：年1,860時間の場合	1,860	…	1,635	…	1,410	…	1,185	…	960
	例②：年1,560時間の場合	1,560	…	1,410	…	1,260	…	1,110	…	960
	例③：年1,200時間の場合	1,260	…	1,185	…	1,110	…	1,035	…	960

□ また、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関が、医師労働時間短縮計画において設定することとされている時間外・休日労働時間数の目標は、この短縮目標ラインを目安に、各医療機関において設定し、医師労働時間短縮計画に基づく労働時間の短縮を行うこととする。
※地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関は、2024年度以降、3年に一度、労働時間短縮の取組の状況等について評価機能による評価を受けることとなる。

□ さらに、地域医療確保暫定特例水準については、「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」において、「段階的な見直しの検討を行いつつ、規制水準の必要な引き下げを実施」することとされており、短縮目標ラインについても、上記の設定期間にあわせて見直しを検討することとする。（なお、地域医療確保暫定特例水準の上限時間数の引き下げは、短縮目標ラインと連動して自動的に引き下げるものではなく、別途検討を行う。連携B水準については、地域医療の確保の観点から、特に丁寧に実態を踏まえて検討を行う。）

<医師の働き方改革に関する検討会 報告書> （抜粋：p 29,30）

（4）地域医療確保暫定特例水準・集中的技能向上水準の将来の在り方

（地域医療確保暫定特例水準の終了時期）

○（B）水準は、（1）のとおり暫定的な特例であることから、将来的にはなくなり、（C）水準の対象となる業務を除き、（A）水準の適用に収れんしていくものである。2024年4月に、新時間外労働規制の適用が開始されるとともに第8次医療計画がスタートするが、都道府県単位での偏在を解消する目標年である2036年を目指して、強化された医師偏在対策の効果が徐々に現れてくることとなる。2024年4月以降、医療計画の見直しサイクル（2027年度・2030年度・2033年度）に合わせて実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討を行いつつ、規制水準の必要な引き下げを実施し、2035年度末を目標に暫定特例水準の終了年限とする。

③各関係者が取り組むべき推奨事項等について

- 医師の労働時間の短縮のためには、様々な立場からの取組が不可欠であることから、「行政（国・都道府県）」、「地域の医療関係者」、「医療機関（使用者）」、「医師」、「国民（医療の受け手）」ごとに推奨事項等を定めることとする。

I 行政（国・都道府県）に求められる事項（行政の役割）

- 【国】地域医療提供体制改革と一体となった医師の働き方改革の推進に関する事項
 - ・ 国及び都道府県は、医師の働き方改革を、地域医療提供体制における機能分化・連携、医師偏在対策と一体的に推進し、地域医療確保暫定特例水準終了年限の目標である2035年度末に向けて、どの地域にあっても、切れ目のない医療を安心して受けられる体制の構築に取り組むこと。
 - ・ 国は、医師偏在対策を含む地域医療提供体制改革の進捗状況や、時間外労働の上限時間規制の適用による地域医療への影響を踏まえて、医師の働き方改革の取組状況を検証すること。
- 【都道府県】国民の適切な医療のかかり方につながるような評価結果の公表
 - ・ 都道府県は、各医療機関の労働時間短縮に向けた取組状況等について評価機能が行った評価結果を公表するに当たっては、国民（医療の受け手）の適切な医療のかかり方につながるよう、評価者の所見とともに、医療機関での医療提供体制及び医療機関の医療アウトプットについても公表し、より多面的な視点での情報公開を行うこと。
- 【国・都道府県】各都道府県におけるB・連携B・C水準の運用に関する事項
 - ・ 国は、各都道府県におけるB・連携B・C水準の運用状況（B・連携B・C水準対象医療機関の指定や評価の状況）について情報収集を行い、必要に応じて、地方自治法第245条の4の規定により、都道府県に対し技術的助言等を行うとともに、各都道府県における着実な医師の働き方改革の推進に資するよう、必要な情報の横展開等を行うこと。
 - ・ 都道府県は、B・連携B・C水準の適切な運用を通じて、各都道府県における着実な医師の働き方改革の推進に取り組むこと。

II 地域の医療関係者に対する推奨事項

地域の医療関係者は、次の事項に取り組むことが推奨される。

- 地域全体での医師の働き方改革の推進に関する事項
 - ・ 地域の医療関係者は、個々の医療機関においては解消できない、地域における構造的な医師の長時間労働の要因に対し、地域医療対策協議会や地域医療構想調整会議、地域の外来医療に関する協議の場における協議等を通じて、地域の医療機関の役割分担や夜間・休日救急の輪番制の構築等、地域医療提供体制における機能分化・連携を推進し、地域全体での医師の働き方改革に取り組むこと。

③各関係者が取り組むべき推奨事項について（続き）

Ⅲ 医療機関（使用者）に対する推奨事項

医療機関（使用者）は、次の事項に取り組むことが推奨される。

□ 適切な労務管理の実施等に関する事項

- 医療機関は、雇用する医師の適切な労務管理を実施することが求められるとともに、自院における医師の働き方改革の取組内容について院内に周知を図る等、医療機関を挙げて改革に取り組む環境を整備すること。

□ タスク・シフト/シェアの具体的な業務内容に関する事項

- 各医療機関の実情に合わせ、各職種の職能を活かして良質かつ適切な医療を効率的に提供するためにタスク・シフト/シェアを行う業務内容と、当該業務を推進するために実施する研修や説明会の開催等の方策を講ずること。

□ 医師の健康確保に関する事項

- 医師の副業・兼業先の労働時間を把握する仕組みを設け、これに基づいて連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを遵守できるような勤務計画を作成すること。
- 副業・兼業先との間の往復の移動時間は、各職場に向かう通勤時間であり、通常、労働時間に該当しないが、遠距離の自動車の運転等で休息がとれないことも想定されることから、別に休息の時間を確保するため、十分な勤務間インターバルが確保できるような勤務計画を作成すること。
- 災害時等に、追加的健康確保措置を直ちに履行することが困難となった場合には、履行が可能となり次第速やかに、十分な休息を付与すること。

□ 各診療科において取り組むべき事項

- 各診療科の長等は、各診療科の医師の労働時間が所定時間内に収まるよう、管理責任を自覚し、必要に応じ、業務内容を見直すこと。
- 特にタスク・シフト/シェアの観点から業務を見直し、他の医療専門職種等と協議の場を持ち、効率的な業務遂行に向けた取組を計画し、実行すること。

□ 医師労働時間短縮計画のPDCAサイクルにおける具体的な取組に関する事項

- 医師を含む各職種が参加しながら、年1回のPDCAサイクルで、労働時間の状況、労働時間短縮に向けた計画の策定、取組状況の自己評価を行うこと。

□ 特定高度技能研修計画に関する医療機関内における相談体制の構築（C水準関係）

- 特定高度技能研修計画と実態が乖離するような場合に対応できるよう、医療機関内において、医師からの相談に対応できる体制を構築すること。

Ⅳ 医師に対する推奨事項

医師は、次の事項に取り組むことが推奨される。

□ 医師自身の働き方改革

- ・ 医師は、長時間労働による疲労 蓄積や睡眠負債が提供する医療の質や安全の低下につながることを踏まえ、自らの健康を確保することが、自身にとっても、また医療機関全体としてより良質かつ適切な医療を提供する上でも重要であることを自覚し、その認識の下に自らの業務内容や業務体制の見直し等を行い、働き方の改革に自主的に取り組むこと。
- ・ 副業・兼業を行うに当たっては、自己の労働時間や健康状態の把握・管理に努め、副業・兼業先の労働時間を本業先に適切に自己申告すること。

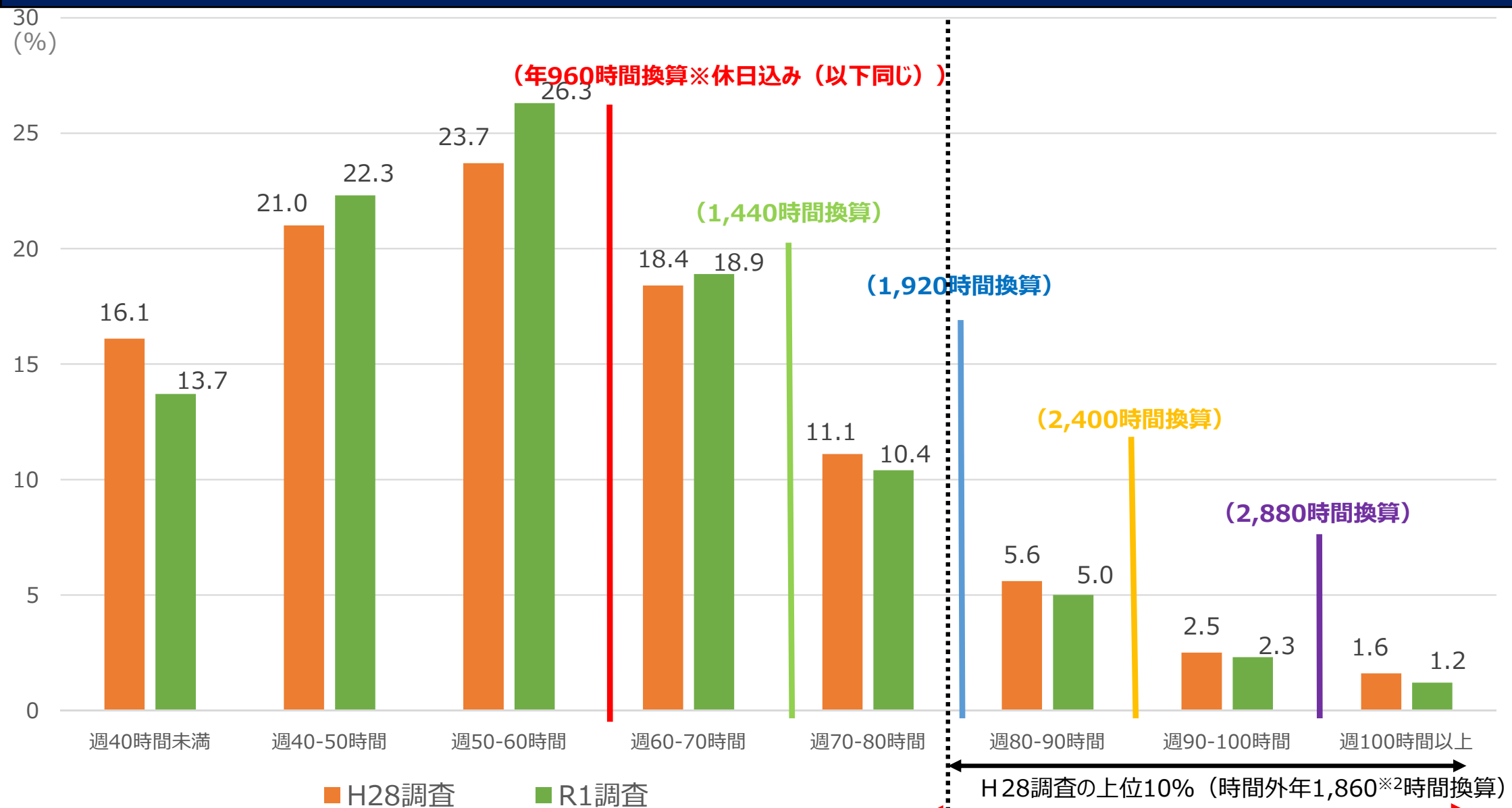
Ⅴ 国民（医療の受け手）に対する推奨事項

国民（医療の受け手）は、次の事項に取り組むことが推奨される。

□ 医療のかかり方に関する事項

- ・ 医師の働き方改革を進め、医師の健康を確保することは、医師によって提供される医療の質や安全を確保することにつながり、国民（医療の受け手）にとっても重要な問題である。
- ・ 医師の働き方改革は、医療提供者だけで完結するものではなく、国民の医療のかかり方に関する理解が不可欠であり、国民は、自らのかかり方を見直すこと。
- ・ 具体的には、かかりつけの医療機関を持つ、#8000や#7119等の電話相談を利用し、夜間・休日の不急の受診を控える、救急車の適切な利用を心がける等の取組を行うこと。

病院常勤勤務医の週労働時間の区分別割合

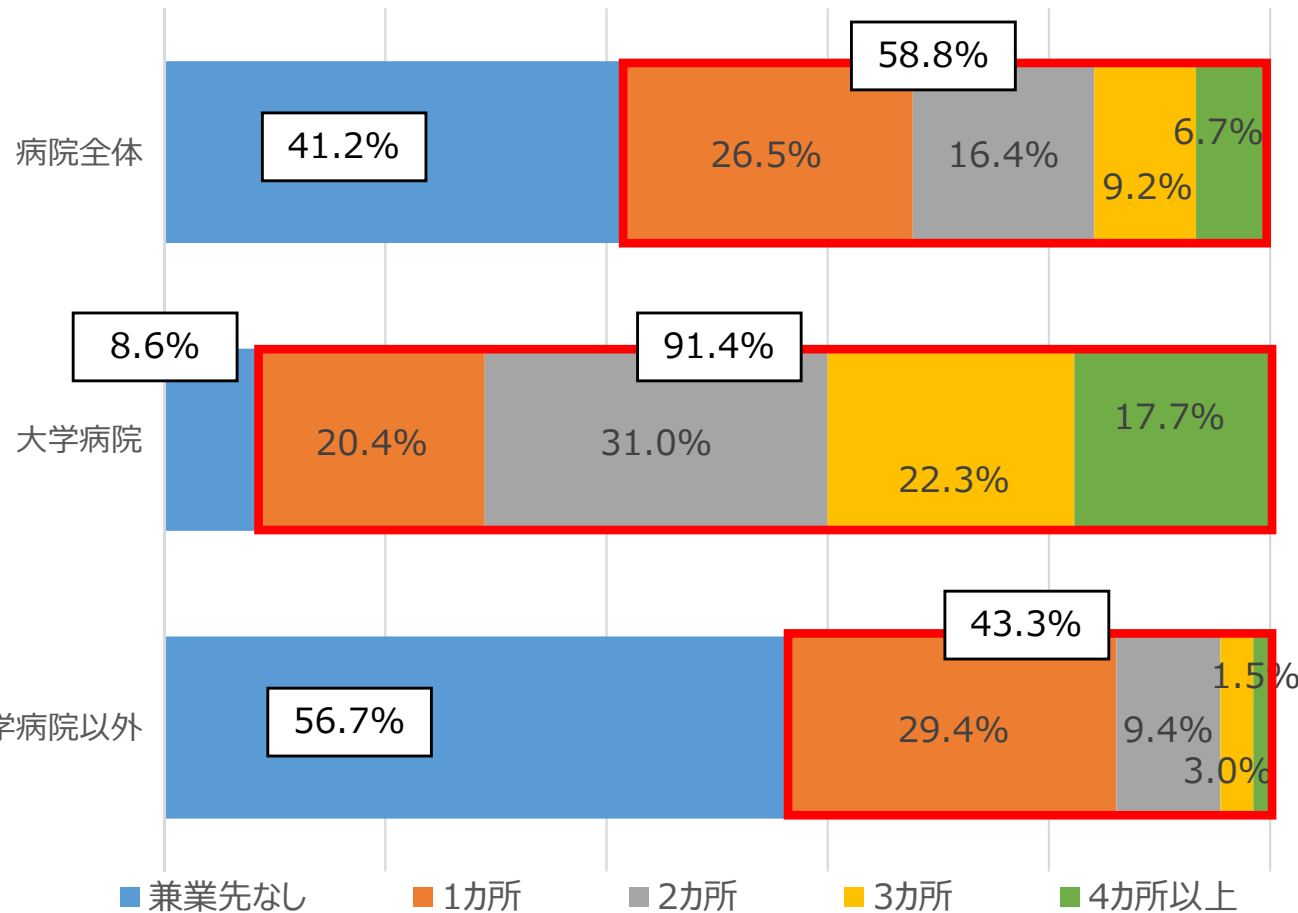


- ※1 H28調査、R1調査ともに、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している
- ※2 H28調査ではグラフにおける分布の上位10%は年1,904時間であったが、雇用管理の便宜上、12月で割り切れるきりのよい近似値として1,860時間としている
- ※3 R1調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っていることに留意が必要
- ※4 週労働時間の区分別割合は、小数点第2位で四捨五入している

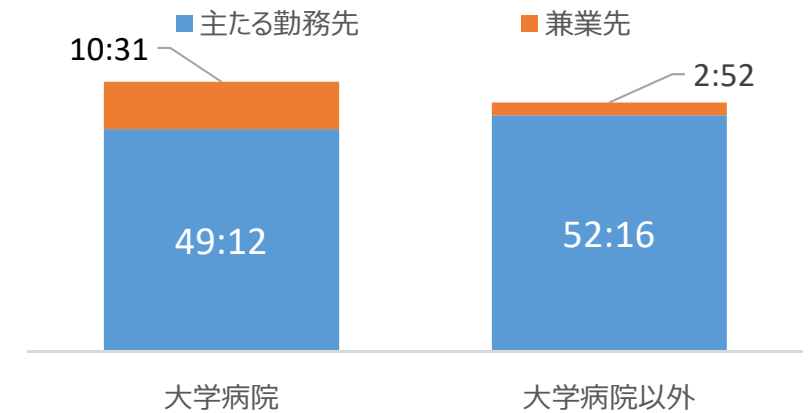
副業・兼業：兼業医療機関数（全体・大学病院・大学病院以外）と勤務時間

- 病院常勤勤務医において、約6割は主たる勤務先以外での勤務を行っている。
- 大学病院常勤勤務医においては、9割以上が複数の医療機関で勤務している。

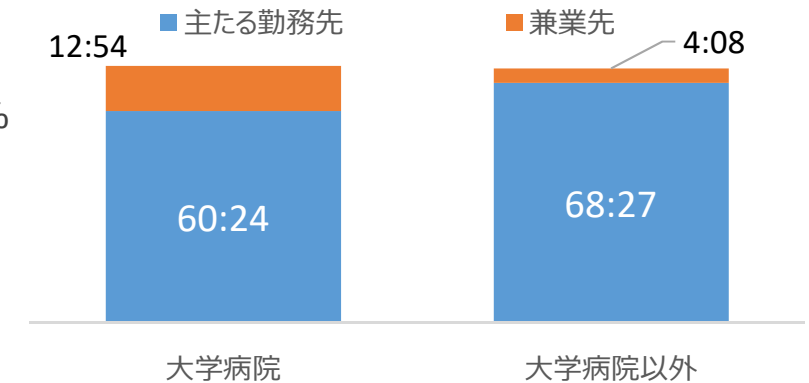
◆ 病院常勤医師の兼業医療機関数（令和元年8月）



◆ 1週間の平均労働時間（令和元年9/2～9/8）



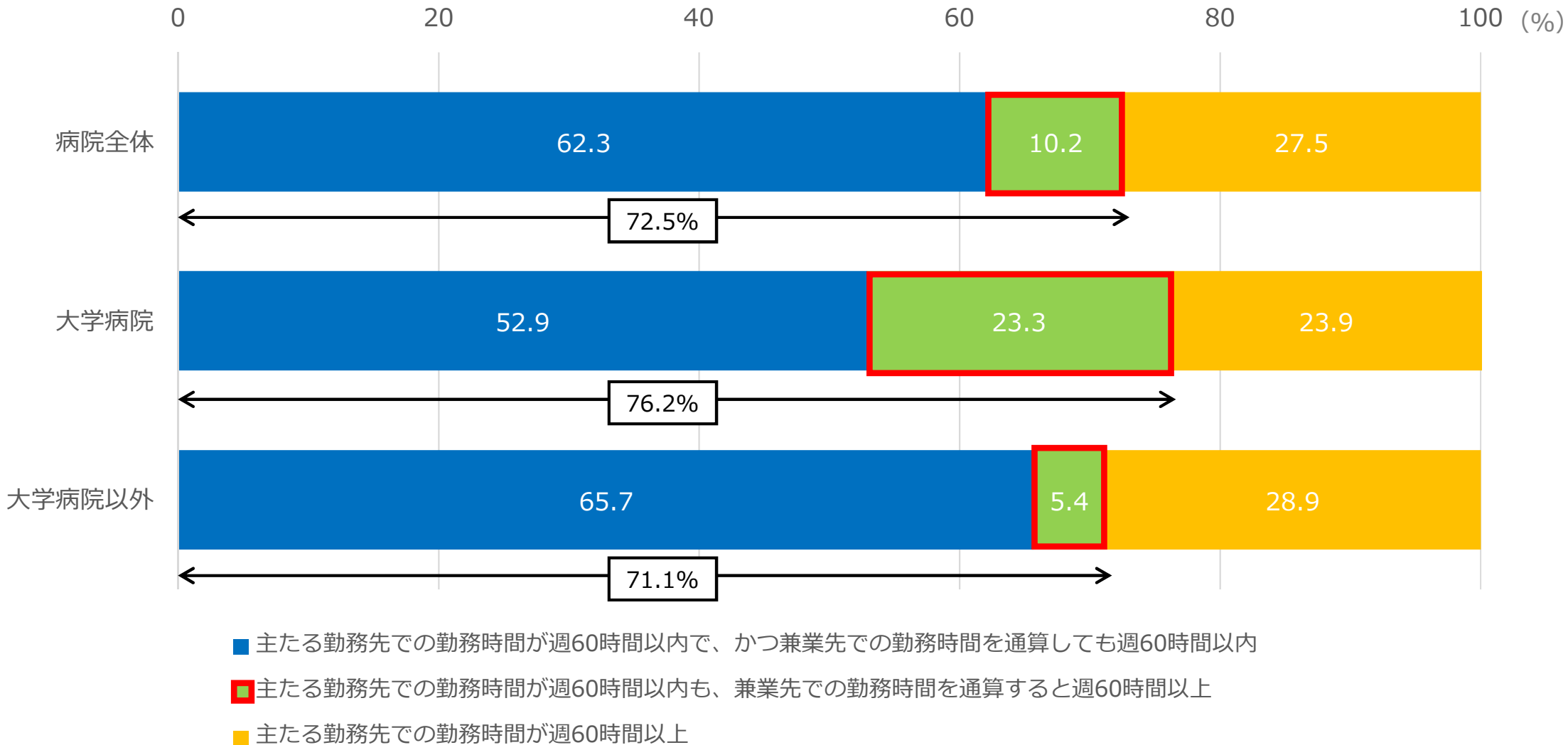
◆ 時間外労働時間が960時間換算以上の医師の平均労働時間（令和元年9/2～9/8）



- ※ 1 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 2 兼業医療機関数については、令和元年8月1ヶ月間における主たる勤務先以外の勤務医療機関数の設問に対する回答を集計している。

副業・兼業：主たる勤務先と兼業先の勤務時間（全体・大学病院・大学病院以外）

○ 主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。

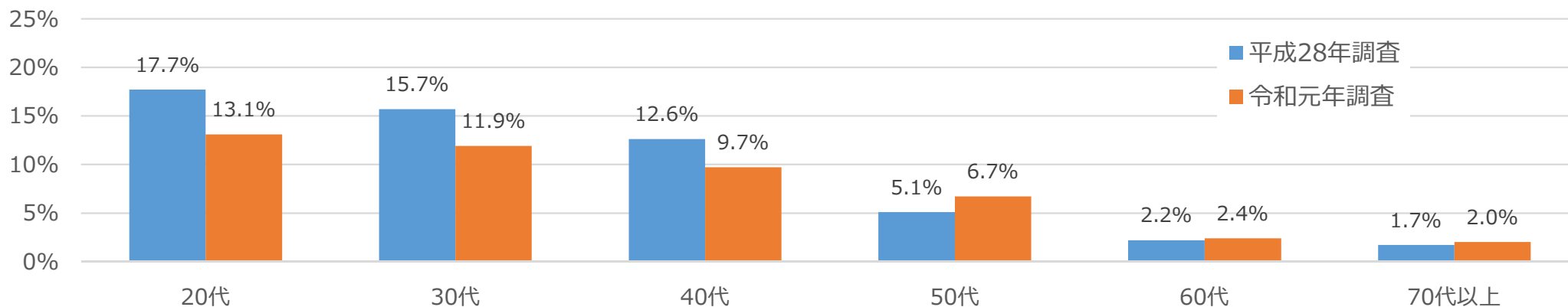


※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

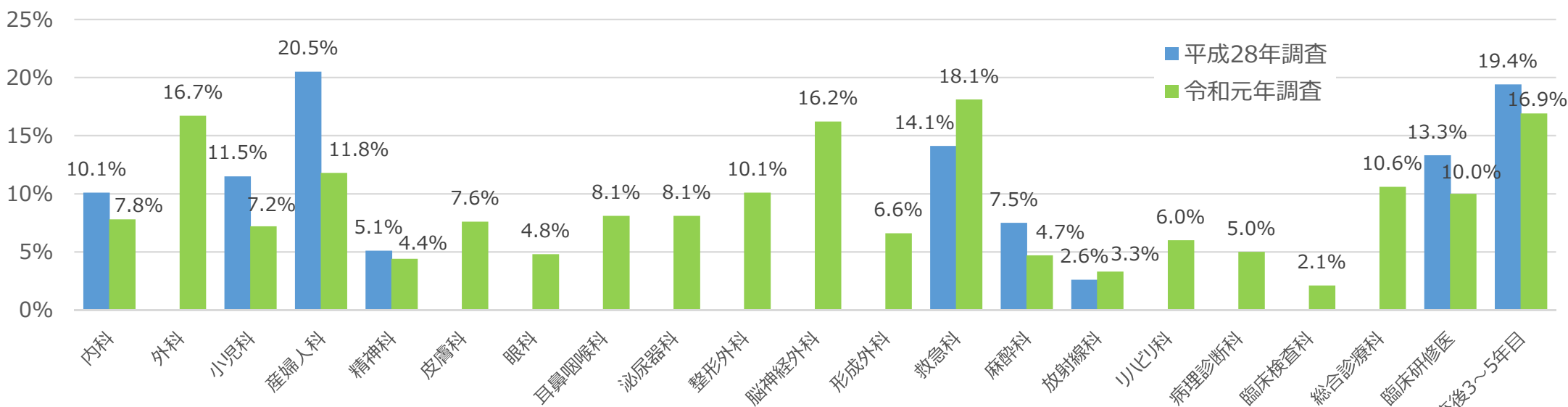
週労働時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師の割合

- 平成28年調査と比較し、年代別では20代～40代について、時間外労働が年1860時間換算以上の医師の割合が減少している。
- 診療科別でも、比較可能な診療科において、救急科・放射線科を除き時間外労働が年1860時間換算以上の医師の割合が減少し、産婦人科においては8.7ポイント減と、最も長時間労働医師の割合が減少している。

1. 年代別



2. 診療科別



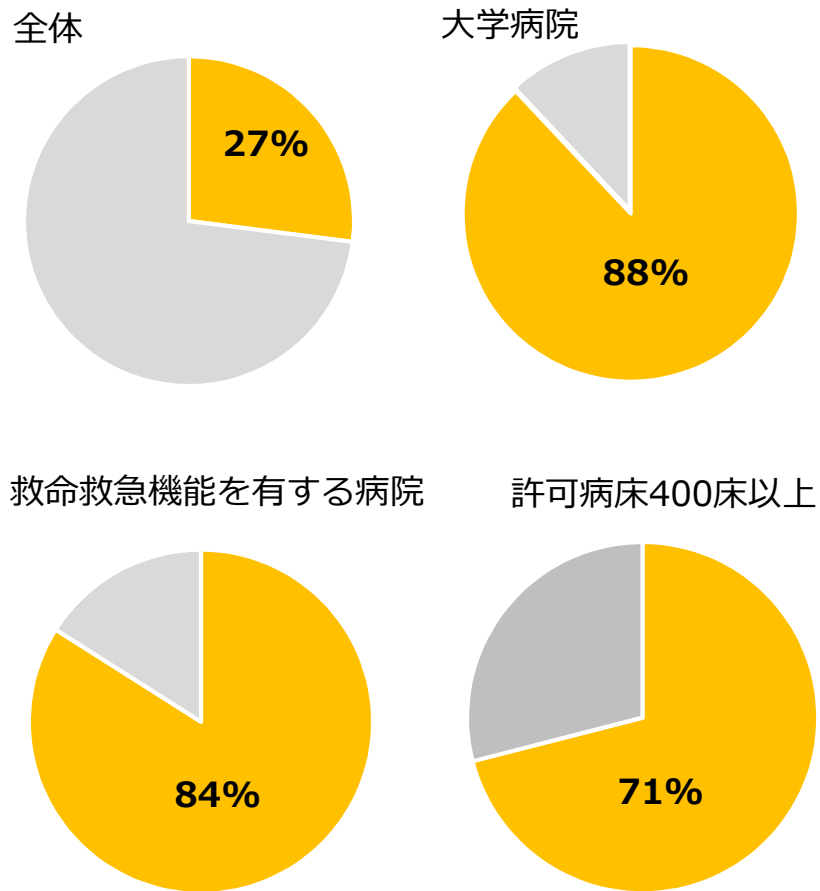
※ 診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
※※ 年上限ラインは時間外・休日労働年1,860時間換算である週78時間45分勤務とした。
※※※ 「卒後3～5年目」に含まれる医師については、「臨床研修医」以外の各診療科に含まれる医師と重複。
※※※※ 平成28年調査、令和元年調査とでは診療科調査区分が異なっているため、一致する診療科について表記している。

地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

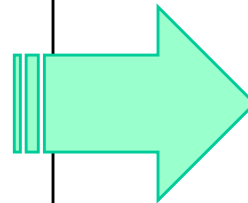
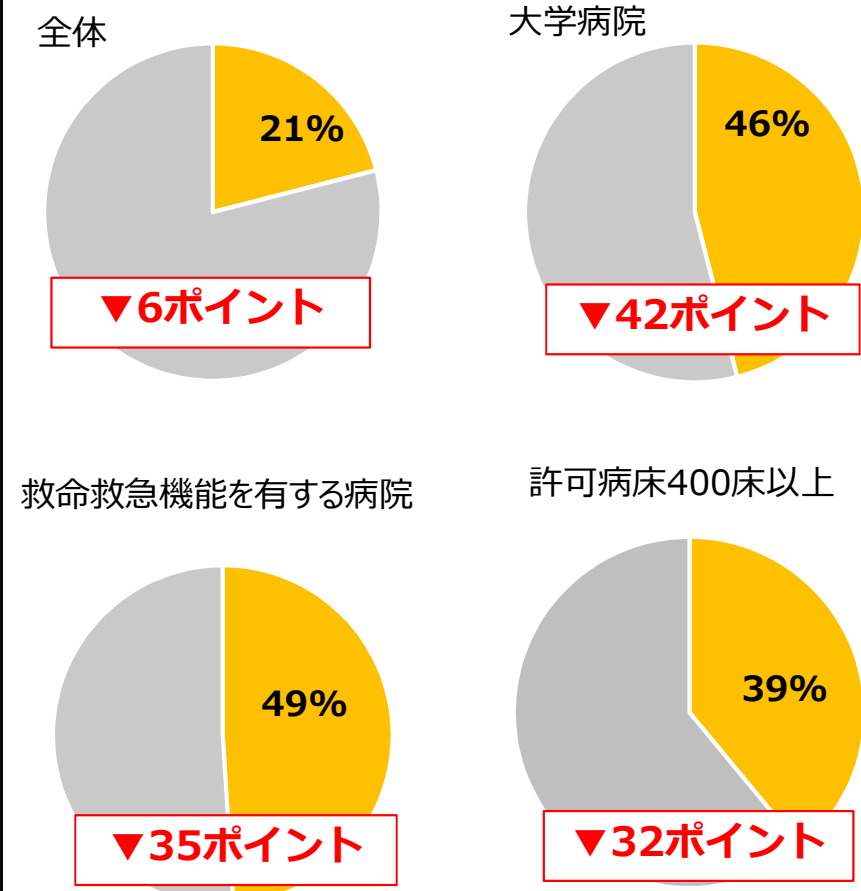
時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

- 平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。
- 大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。

平成28年調査



令和元年調査



※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

オンコールの取扱いについて

- 労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。※労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン（平成29年1月20日策定）
- オンコール待機中に実際の診療が発生した場合、当該診療に従事する時間は労働時間に該当する。
- オンコール待機時間全体が労働時間に該当するかどうかについては、オンコール待機中に求められる義務態様によって判断する必要がある。
- オンコール待機中に求められる義務態様は、医療機関ごと、診療科ごとに様々であり、
 - ・呼び出しの頻度がどの程度か、
 - ・呼び出された場合にどの程度迅速に病院に到着することが義務付けられているか、
 - ・呼び出しに備えてオンコール待機中の活動がどの程度制限されているか、等を踏まえ、オンコール待機時間全体について、労働から離れることが保障されているかどうかによって判断するものであり、個別具体的に判断されるものである。
- 裁判例は、個別の実態を踏まえて、労働時間に該当すると認めているもの／認めていないものに分かれている。
 - ※ 医師のオンコールについては、奈良県立病院産科医師事件で扱われているが、当該事件では、産科医間の自主的な取組によってオンコールが行われていたと認定されたことから、オンコールについて明示又は黙示の業務命令が認められないとされた。

その他
(医師の働き方改革に関する検討会資料より)
※一部資料について、時点修正等を行っている

時間外労働上限規制の枠組み全体の整理

		一般則	労働基準法第24条に2024年10月以降適用される水準 A水準	地域医療確保確保暫定特例水準 連携B水準、B水準	国中労務時間短縮水準 C-1水準、C-2水準
36協定で締結できる時間数の上限	①通常の時間外労働 (休日労働を含まない)	月45時間以下・年360時間以下			
	②「臨時的な必要がある場合」の上限 ・月の時間外労働時間数 (休日労働を含む)	月100時間未満 ※①の月45時間を超えることができる月数は年間6か月以内	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)		
	・年の時間外労働時間数 (休日労働を含む)	年720時間以下	年960時間以下	年1,860時間以下 (連携B水準は年960時間以下)	年1,860時間以下
	・年の時間外労働時間数 (休日労働を含まない)		年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下
	③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間 (休日労働を含む) (※複数事業場の労働時間を通算して適用)	月100時間未満 複数月平均80時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり) 年960時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり) 年1,860時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり) 年1,860時間以下

左記の時間数は、その時間までの労働を強制するものではなく、労使間で合意し、36協定を結べば働くことが可能となる時間であることに留意

- 時間外労働及び休日労働は必要最小限にとどめるべきであることに、労使は十分留意。
- 36協定の労使協議の場を活用して、労働時間短縮策の話し合いを労使間で行う。
- ✓ 36協定上は、日・月・年単位での上限を定める必要あり
- ✓ 対象労働者の範囲や時間外労働を行う業務の種類等も、36協定上に規定する必要あり
- ✓ 「臨時的な必要がある場合」について規定する場合には、健康福祉を確保する措置を36協定に規定し、実施する必要あり
- ✓ 「地域医療確保確保暫定特例水準の適用」や、「月100時間以上の時間外労働」について規定する場合には、追加的健康確保措置について36協定に規定し、実施する必要あり

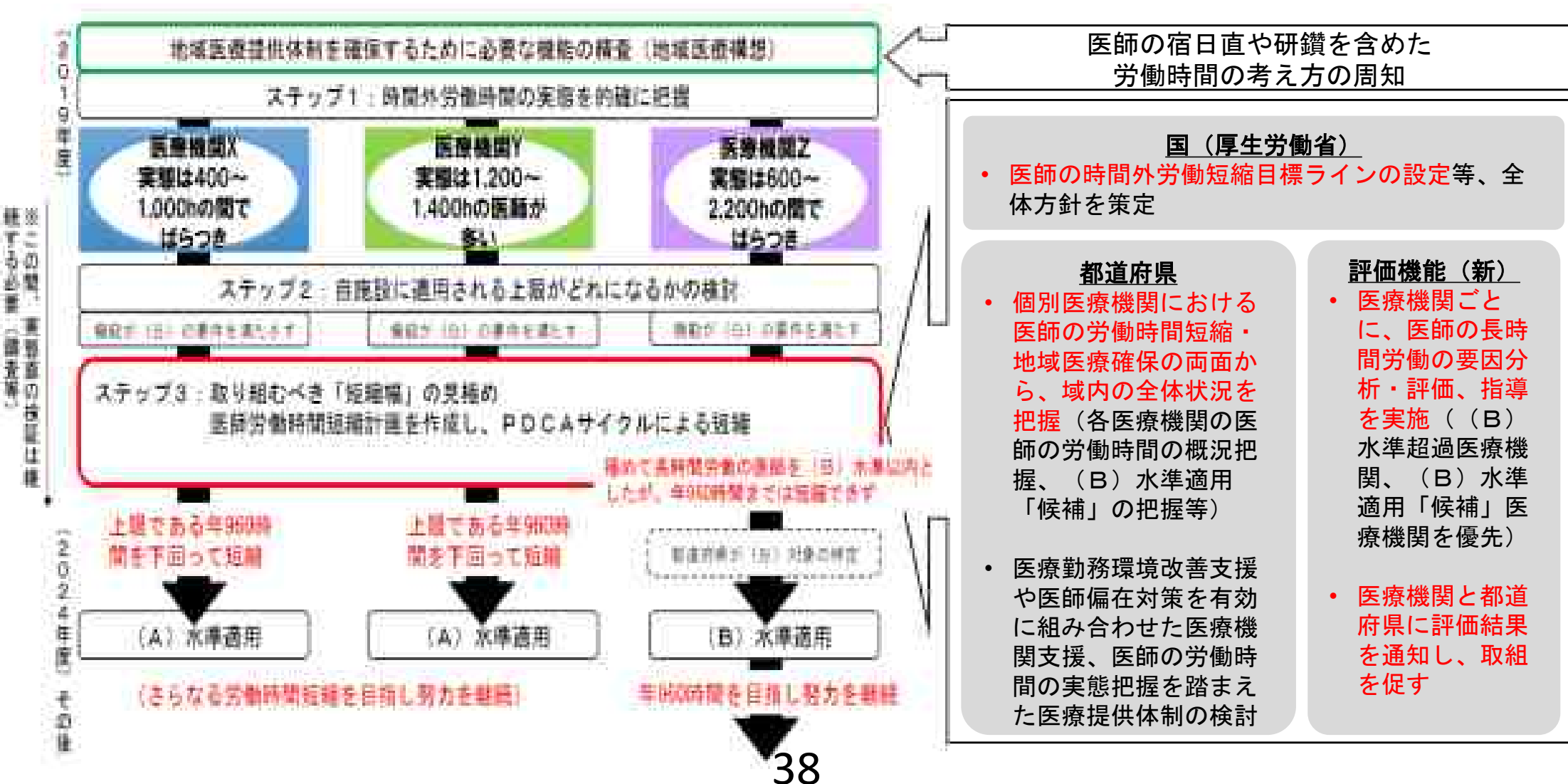
時間外労働規制の施行について(中長期の見通し)

年度 事項	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036		
地域医療計画・ 地域医療構想	第7次医療計画					第8次医療計画 (中間見直し)					第9次医療計画 (見直し)									
医師養成						医師偏在対策においては、地域枠・地元枠の増員効果がある程度蓄積した時点で、都道府県における医師の需給均衡を達成するという考え方で、達成目標年を設定（医師需給分科会で議論）。													(達成目標年)	
時間外労働上限規制	実態調査 医師の労働時間短縮のための実効的な支援策（マネジメント改革、特定行為研修制度のパッケージ化等）により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力 必要に応じて追加的支援策の実施・規制水準の検証					B水準・連携B水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討 C水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証													2036.3 2035年度末を 目標に終了年限	(この後も引き続き)

2024年4月に向けて医療機関に求められる取組

- 2024年4月の時間外労働の上限規制適用までの間に、各医療機関の労働時間短縮の動きを念頭に、国・都道府県等が必要な支援等を行った上で、やむを得ないものについて地域医療確保暫定特例水準の適用となる。

<各医療機関の状況に応じた2024年4月までの動き（例）> <医療機関をバックアップする仕組み>



医師の労働時間にかかる論点の取扱い(宿日直)

※ 「医師、看護師等の宿日直許可基準について」(令和元年7月1日付け基発0701第8号)、「医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について」(令和元年7月1日付け基監発0701第1号)

労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。

例えば

8:30 17:30 翌8:30

日勤帯 (所定 内労働 時間)	当直帯 (15時間程度)
--------------------------	-----------------

様々な実態

- ほとんど実働がない、いわゆる「寝当直」
- 救命救急センター等、ほぼ一晩中実働である
- その中間

- (原則の考え方) 指示があった場合には即時に業務に従事することを求められている場合は、手待時間として労働時間。
- (特例) 労働密度がまばらであり、労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない一定の断続的労働⇒労働基準監督署長の許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外。
(※この場合、15時間程度のうち実働した時間のみが規制対象)
- 許可に当たっては、①一般的許可基準(昭和22年発出)と、②医師、看護師に係る許可基準(令和元年7月発出)により判断。②において、第9回検討会でお示した案を元に、許可対象となる「特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務」を例示した。

(医師の働き方改革に関する検討会でのご議論を踏まえた例示)

- 「医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと」
- 「医師が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間(例えば非輪番日であるなど)において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと」

※宿日直中に、通常の勤務時間と同態様の業務に従事することが稀にあったときについては、一般的にみて、常態としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は夜間に十分な睡眠が取り得るものである限り、宿日直の許可は取り消さない。

※当該通常の勤務時間と同態様の業務に従事する時間について労働基準法第33条又は第36条の第1項による時間外労働の手続きがとられ、法第37条の割増賃金が支払われるよう取り扱うこと。

※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能(深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能)

医師の労働時間にかかる論点の取扱い(研鑽)

※「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」(令和元年7月1日付け基発0701第9号)、「医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について」(令和元年7月1日付け基監発0701第1号)

研鑽が労働時間に該当するかどうかについては「使用者の指揮命令下に置かれているかどうか」により判断することとなる。現場における医師の研鑽の労働時間管理の取扱いについて、その考え方と、適切に取り扱うための手続を通達で示している。

例えば

8:30 17:30

日勤帯
(所定
内労働
時間)

時間外に残って
研鑽を行っている
時間

様々な実態

- ・ 診療ガイドライン等の勉強
- ・ 勉強会の準備、論文執筆
- ・ 上司等の診療や手術の見学・手伝い

- ❑ 医師の研鑽については、医学は高度に専門的であることに加え、日進月歩の技術革新がなされており、そのような中、個々の医師が行う研鑽が労働であるか否かについては、当該医師の経験、業務、当該医療機関が当該医師に求める医療提供の水準等を踏まえて、現場における判断としては、当該医師の上司がどの範囲を現在の業務上必須と考え指示を行うかによらざるを得ない。

※所定労働時間内において勤務場所で研鑽を行う場合は、当然に労働時間となる。

- ❑ 労働に該当する範囲を医師本人、上司、使用者が明確に認識し得るよう、基本となる考え方を示すとともに、労働に該当するかどうかの判断を明確化するための手続等を示す。

研鑽の類型	考え方・手続
診療ガイドラインや新しい治療法等の勉強	・ 業務上必須ではない行為を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に、自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。 ・ ただし、診療の準備又は診療に伴う後処理として不可欠なものは、労働時間に該当する。
学会・院内勉強会等への参加や準備、専門医の取得・更新にかかる講習会受講等	・ 左記の研鑽が奨励されている等の事情があっても、業務上必須ではない行為を自由な意思に基づき、所定労働時間外に自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。 ・ ただし、研鑽の不実施について就業規則上の制裁等の不利益が課されているため、その実施を余儀なくされている場合や、研鑽が業務上必須である場合、業務上必須でなくとも上司が明示・黙示の指示をしている場合は、労働時間に該当する。
当直シフト外で時間外に待機し、手術・措置等の見学を行うこと	・ 業務上必須でない見学を、自由な意思に基づき、所定労働時間外に、自ら申し出て、上司の明示・黙示による指示なく行う場合、当該見学やそのための待機時間については、在院して行う場合であっても、一般的に労働時間に該当しないと考えられる。 ・ ただし、見学中に診療を行った場合については、当該診療を行った時間は、労働時間に該当すると考えられ、また、見学中に診療を行うことが慣習化、常態化している場合については、見学の時間全てが労働時間に該当する。

必要な手続等

- ❑ 研鑽を行うことについての医師の申出と上司による確認(その記録)
- ❑ 通常勤務と明確に切り分ける(突発的な場合を除き診療等を指示しない、服装等外形的に見分けられる措置)
- ❑ 医療機関ごとに取り扱いを明確化して書面等にし、院内職員に周知する

特定の医師個人への負担の固定化を防止するために

地域医療確保暫定特例水準（B水準・連携B水準）について、特定の医師個人への負担の固定化を防止するため、B水準・連携水準に係る制度設計における対応と、医師偏在対策の推進等の医療提供体制における対応を実施。

B水準・連携B水準に係る制度設計における対応

■ 長時間労働の業務・診療科への重点的な取組・支援

B水準・連携B水準対象医療機関には、
医師労働時間短縮計画の策定を義務付け



長時間労働の業務・診療科が明らかとなる

集中している負担の軽減を進め、固定化させない
院内でのタスクシフト・シェア／地域医療提供体制の機能分化・連携

これらの取組で労働時間を 着実に短縮することにより

B水準・連携B水準は2035年度末に向けて実態調査
等を踏まえた段階的な見直しの検討を実施

■ 健康確保措置の確実な実施

連続勤務時間制限（28時間）
勤務間インターバル（9時間）等

医師による面接指導
就業上の措置（ドクターストップ）

これらの義務付けによる長時間労働の防止

- ・ 医事法制上、医療機関に実施記録の保存を求め、都道府県が**実施確認**
- ・ 就業上の措置は**きめ細やかな具体例**を提示予定（小刻みな就業制限等）
⇒医療機関は**就業上の措置を最優先**で講じ、
一時的な診療縮小が生じる場合は**地域医療提供体制でカバー**

医療提供体制における対応

■ 医師偏在対策の推進（平成30年医療法・医師法改正法による対応）

地域医療を一人の医師に背負わせず
面で支える仕組みの構築

医師少数区域等に優先的に医師派遣

（例）特定の病院の循環器医師が長年にわたって
長時間労働の場合、当該病院に循環器医師
を派遣することで科の労働時間を削減

区域内の
（B）対象
医療機関に
特に重点的
に派遣

医師少数区域等で勤務する医師に対し、
交代医師の派遣などの負担軽減策を実施

地域枠医師は、キャリア形成プログラムに基づき勤務
→ローテーションにより負担を固定化しない

医師偏在対策は、地域医療対策協議会で協議・公表
大学等の地域医療関係者の協力責務を規定

都道府県（地域医療支援センター）

医療関係者

■ 地域医療構想の実現に向けた取組

医療機関の機能分化・連携の推進により
効率的な医療提供体制を構築

医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組(H30(2018)年2月)の概要

考え方

勤務医を雇用する個々の医療機関が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。

医療機関における経営の立場、個々の医療現場の責任者・指導者の立場の医師の主体的な取組を支援。

医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的枠組みについて、早急な検討が必要。

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組

- まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。
- ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。

2 36協定等の自己点検

- 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。
- 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。

3 産業保健の仕組みの活用

- 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。

4 タスク・シフティング（業務の移管）の推進

- 点滴に係る業務、診断書等の代行入力業務等については、平成19年通知（※）等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分担して実施し、医師の負担を軽減する。
- 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果たせる業務分担を具体的に検討することが望ましい。

※「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発1228001号）

5 女性医師等の支援

- 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。

6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

- 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1～5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和（連続勤務時間数を考慮した退勤時刻の設定）、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。

- 厚生労働省による好事例の積極的な情報発信、医療機関への財政的支援、医療勤務環境改善支援センターによる相談支援等の充実等

勤務医を雇用する医療機関における取組項目

※1～3については現行の労働法制により当然求められる事項も含んでおり、改めて、全医療機関において着実に実施されるべき。

行政の支援等